

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Klinika adiktologie 1. LF a VFN v Praze

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Odvykací stav od kortikoidů a syndrom závislosti: dotazníkové šetření a kazuistiky

**The Topical Steroid Withdrawal and the Dependence Syndrome:
Questionnaire Survey and Case Studies**

Bakalářská práce

Zuzana Krotilová

Vedoucí závěrečné práce: Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Praha, 2023

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo téhož titulu. Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze své práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne 20. dubna 2023

Zuzana Krotilová

Identifikační záznam:

KROTILOVÁ, Zuzana. *Odykací stav od kortikoidů a syndrom závislosti: dotazníkové šetření a kazuistiky.* [The Topical Steroid Withdrawal and the Dependence Syndrome: Questionnaire Survey and Case Studies]. Praha, 2023. 59 s., 5 příloh, 6 tabulek. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN.

Vedoucí bakalářské práce doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda poděkovala panu doc. MUDr. PhDr. Kamilu Kalinovi, CSc., za vedení, cenné rady a podporu během celé přípravy mé bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat taktéž všem respondentům, kteří mi buď vyplnili dotazník, nebo se zúčastnili rozhovoru, za jejich čas a upřímnost. Bez nich všech by tato práce vůbec nevznikla.

V neposlední řadě také děkuji za pomoc a podporu své rodině.

ABSTRAKT

Východiska: Odvykací stav od kortikoidů, topical steroid withdrawal (syndrome), resp. red skin syndrome, tedy syndrom rudé kůže, je potenciální komplikace léčby lokálními kortikosteroidními externy. Práce se zabývá ověřením splnění kritérií závislosti na nich u pacientů léčených především na atopickou dermatitidu. Rovněž se věnuje odvykacímu stavu od kortikoidů.

Cíle: Cílem je zjistit, zda některé obtíže a projevy pacientů dlouhodobě léčených zevní aplikací kortikoidů mohou být definovány podobně jako syndrom závislosti.

Metody: Použitými metodami je zaprvé kvantitativní, a to anonymní online dotazníkové šetření mezi nositeli znaku, tj. odvykacího stavu od kortikoidů, které obsahovalo 10 otázek na kritéria závislosti podle DSM-5. Výzkumný soubor tvořilo téměř 900 uživatelů facebookové skupiny, jež sdružuje lidi s RSS v českém a slovenském prostředí. Zúčastnilo se ho 105 respondentů.

Zadruhé kvalitativní – jednalo se o 3 kazuistiky (2 ženy a 1 muž, výběr byl příležitostný), u kterých byla odebrána anamnéza a spuštěno nahrávání polostrukturovaných rozhovorů. Ty obsahovaly několik tematických otázek a také dotazy na kritéria závislosti podle MKN-10.

Hlavní výsledky: Míra splnění kritérií závislosti u online dotazníku podle DSM-5 byla vyjádřena v procentech: 78,85 %. U dvou ze tří účastníků polostrukturovaných rozhovorů bylo možné uvažovat o vyjádření diagnózy Syndrom závislosti na kortikoidech. U třetí účastnice bylo možné uvažovat o diagnóze Odvykací stav od kortikoidů.

Závěr a doporučení: Studie ukázala, že je možné vytvořit si závislost na kortikoidech. Pro její předcházení je důležitá správná, včasná a vhodná edukace pacientů, kteří používají kortikoidová externa.

Klíčová slova: atopický ekzém, kortikoidy, erythrodermie, red skin syndrome, odvykací stav od kortikoidů, závislost na kortikoidech, alergie na kortikoidy

ABSTRACT

Background: The topical steroid withdrawal (syndrome) or red skin syndrome is a possible topical steroid treatment complication. The bachelor's thesis looks up into patients on topical steroid dependency criteria by particularly atopic dermatitis patients treated with topical steroids. It also deals with the topical steroid withdrawal itself.

Aims: The main aim is to get to know whether some difficulties and manifestations of the long-term-topical-steroid treated patients can be defined similarly like the dependency syndrome.

Methods: The first method used for the research was quantitative, i.e. an anonymous online questionnaire survey among the trait carriers which included ten DSM-5 dependency criteria questions. In the research sample, there were approximately 900 potential participants (members of a Facebook group that gathers Czech and Slovak people with RSS). 105 respondents participated.

The second method was qualitative – 3 case studies (2 women, 1 man, trait carriers and the sampling was random) of participants whom the medical history were taken from and semi-structured interview were recorded. The interview consisted of some areas of interest and MKN-10 (ICD-10) dependency criteria questions.

Results: The degree of fulfillment of the dependency criteria for the online questionnaire according to DSM-5 was expressed in percentage: 78.85%. For two of the three participants in the semi-structured interviews, it was possible to consider expressing the diagnosis Topical Steroid Dependency Syndrome. In the case of the third participant, it was possible to consider the diagnosis Topical Steroid Withdrawal.

Conclusion and recommendation: The study has shown that it was possible to develop an addiction to topical steroids. Correct, timely and appropriate education of patients who use topical steroid is important for its prevention.

Key words: atopic dermatitis, corticosteroids, erythrodermia, red skin syndrome, topical steroid withdrawal, topical steroid addiction, topical steroid allergy

Obsah

1. ÚVOD	7
2. TEORETICKÁ ČÁST	8
2.1. Kortikoidy a odvykací stav	8
2.1.1. Co jsou kortikoidy a k čemu jsou používány	8
2.1.2. Co je red skin syndrom a odvykací stav od kortikoidů	11
2.2. Léčba odvykacího stavu	16
2.3. Přístup ve světě k RSS a kdo se tomuto tématu věnuje	20
2.3.1. Přehled léčeb s odkazy	22
2.4. Přístup k RSS v České republice	23
3. VÝZKUMNÁ ČÁST	24
3.1. Stanovení cíle	24
3.2. Formulace výzkumných otázek	24
3.2.1. Kritéria závislosti dle DSM-5	24
3.2.2. Kritéria závislosti dle MKN-10	25
3.3. Metody tvorby dat	26
3.4. Výzkumný soubor	27
3.5. Etika	28
3.6. Metody vyhodnocení a interpretace dat	28
3.7. Výsledky výzkumu	29
3.7.1. Výsledky kvantitativního výzkumu	29
3.7.2. Výsledky kvalitativního výzkumu	33
3.7.2.1. Kazuistika číslo 1: Adéla	33
3.7.2.2. Kazuistika číslo 2: Marek	41
3.7.2.3. Kazuistika číslo 3: Petra	49
3.7.3. Shrnutí dat z kazuistik	55
3.7.4. Naplnění kritérií závislosti v obou nástrojích	56
3.8. Diskuze	56
3.9. Závěr	58
4. POUŽITÁ LITERATURA	60
5. PŘÍLOHY	66
5.1. Seznam příloh	66

1. ÚVOD

Sheary (2018) píše, že kortikoidy jsou v rámci léčby atopického ekzému a dalších kožních chorob léky první volby. Závislost na nich v rámci této léčby byla poprvé zmíněna v článku Steroid Addiction (Kligman a Frosch) v roce 1979, ale práce upozorňující na závislost na kortikoidech se objevovaly už předtím.

Jak uvádějí Stone a Darlingtonová (2003), zájem o nadledviny vzbudil Philip Hench z Mayo Clinic v Minnesotě, který si již v roce 1929 všiml, že se stav nemocných s revmatoidní artritidou zlepšil, když dostali žloutenku či když ženy otěhotněly. Vyslovil názor, že to bylo za těchto situací vlivem stresu, a tedy že by se na zlepšení mohly podílet nadledviny. První pokusy o izolaci hormonů kůry nadledvin provedl Tadeusz Reichstein ve Federálním institutu v Curychu a Edward Kendall na klinice Mayo v USA. Izolovali novou skupinu hormonů, a to steroidních hormonů z kůry nadledvin. Kortison jako jeden z prvních byl popsán v roce 1935. Jako výsledek více než desetiletého výzkumu byl společností Merck vyroben vzorek kortisonu, který v roce 1948 Charles Slocumb a Howard Polley na Mayo Clinic použili experimentálně u několika pacientů s revmatoidní artritidou, u nichž se stav zázračně zlepšil. Když však zásoba kortisonu došla, u všech se stav zase zhoršil (Glyne, 1998). Hench, Kendall a Reichstein společně dostali za uvedené objevy v roce 1950 Nobelovu cenu za fyziologii a medicínu.

Kligman a Frosch (1979) považují za přelomový pro kožní lékařství rok 1952, kdy byl uveden na trh hydrokortison. Vždyť konečně to byl lék, který nepálil, nezapáchal, nezanechával skvrny – a měl schopnost potlačit zánět kůže. Upozorňují však, že tato efektivita kráčí také ruku v ruce se vzrůstající toxicitou. Více než 10 let pak nebylo v odborné literatuře o nežádoucích účincích ani zmínky, pak se se vzrůstající potencí kortikoidů objevují stále vážnější projevy atrofie. Upozorňují také na přístup lékařů, kteří kortikoidy předepíší bez toho, aby nejdříve stanovili diagnózu a poté vybrali léčbu. Jako systémovou reakci uvádějí Cushingův syndrom a u dětí dochází ke zpomalení růstu. Zmiňují také extrémní případ, kdy vlivem masivní aplikace u případu dětské psoriázy vyhrězla podkožní tkáň skrze četné strie a dítě zemřelo na adrenální selhání, když se s kortikoidy přestalo.

Ačkoli kortikoidy byly zvoleny v roce 2005 kontaktním alergenem roku (Isaksson a Bruze, 2005), dnes se s nimi asi už každý setkal, jsou tedy vnímány jako běžný lék, k dostání někdy dokonce bez lékařského předpisu, lék, který pomáhá.

Tato práce přináší bližší informace o fenoménu, se kterým se celosvětově potýká stále větší množství lidí, kteří volají po osvětě. Chybí diagnostická kritéria, výzkum i informace. V České republice tomuto stavu není přiřazena zatím žádná diagnóza.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1. Kortikoidy a odvykací stav

2.1.1. Co jsou kortikoidy a k čemu jsou používány

Kortikosteroidy neboli kortikosteroidní či kortikoidní hormony jsou steroidní hormony, které jsou syntetizovány z cholesterolu, a to v kůře nadledvin. Sekrece je řízena adrenokortikotropním hormonem (ACTH) produkovaným adenohypofýzou.

Kortikoidy, o kterých bude pojednáno níže, jsou syntetické analogy kortikosteroidů.

Kortikosteroidy dělíme na dvě skupiny a jsou odvozené od základního steroidu pregnanu (Hynie, 1998).

Zprv se jedná o **glukokortikoidy** (zvláště kortizol čili hydrokortizon), které mají steranové jádro složené ze 17 uhlíků. V nadledvinách vznikají z cholesterolu, který je enzymaticky přeměněn na pregnenolon a tento děj ovlivňuje již zmíněný ACTH. Z pregnenolonu postupně vzniká kortizol a jiné steroidy.

Ovlivňují metabolismus sacharidů a bílkovin: podporují glukoneogenezi z proteinů, čímž zvyšují glykémii, a mohou tak způsobit příznaky euforie (Swinburn a kol., 1988). Terapie glukokortikoidy však může být příčinou vzniku deprese, zvýšené únavy a emoční lability, poruch koncentrace a paměti nebo psychotických poruch (Kolouch & Goetz, 2018):

Nežádoucí účinky se projevují různými psychiatrickými symptomy, od afektivních a úzkostných poruch, delirantních stavů až po narušení kognitivních funkcí a významně zvýšené riziko sebevražedného jednání. Přítomnost primárního psychiatrického onemocnění v anamnéze je rizikovým faktorem. Riziko je vyšší u kortikoidů s delším biologickým poločasem (například dexamethason).

Glukokortikoidy umožňují přednostní využití bílkovin a tuků a mají protizánětlivý účinek, což se využívá při léčbě zánětu. Mají protialergický a imunosupresivní účinek, snižují počet lymfocytů, monocytů a eozinofilů a zpomalují tvorbu a růst kostí a svalů (1. LF a UK, 2023).

Mezi nežádoucí účinky terapie patří imunosuprese včetně aktivace latentních onemocnění, snížená syntéza hormonů kůry nadledvin, rebound fenomén a akutní insuficience kůry nadledvin a poměrně známý Cushingův syndrom s centrální obezitou, charakteristickým měsícovitým obličejem a býčí šíjí, a to oproti štíhlým končetinám, zároveň se kvůli snížené tvorbě kolagenu objevují strie nachové barvy, kůže je atrofovaná, snadno zranitelná. V důsledku snížené proliferace osteoblastů vzniká osteoporóza (DermNet, Profylaktická léčba). Dále může dojít k rozvoji inzulinorezistence až diabetu 2. typu, kvůli katabolickému účinku v metabolismu bílkovin ke steroidní myopatii, dále k sekundární arteriální hypertenzi, androgenním změnám, poruchám cyklu, neplodnosti a v případě užívání s léky s kyselinou acetylsalicylovou hrozí riziko vzniku žaludečních vředů. Také se zvyšuje riziko vzniku katarakty a diskutuje se o teratogenních účincích (Shepard a kol., 2002).

Zadruhé se jedná o **mineralokortikoidy** (zvláště aldosteron), které řídí metabolismus minerálů (hlavně sodíku a draslíku v krevní plazmě) a vody.

Mají steranové jádro ze 17 uhlíků, s bočními řetězci, které zvyšují počet uhlíků v molekule na 21. Jsou syntetizovány z cholesterolu odštěpením postranního řetězce a vytvořením oxoskupiny na C₂₀. Pregnenolon se mění na progesteron dehydrogenací. Po sérii hydroxylací vzniká 11-deoxykortikosteron, který je aktivním mineralokortikoidem s významem pro retenci sodíku. Další hydroxylací na C₁₈ vzniká 18-hydroxykortikosteron a po dehydrataci na aldehyd vzniká aldosteron. Ten nemá žádný specifický vazebný protein, pouze slabou vazbu na albumin, v plazmě setrvává tedy krátce a je přes játra vylučován močí.

Aldosteron je součástí systému renin – angiotensin – aldosteron, který ovlivňuje krevní tlak a objem krve. Při ztrátě funkce kůry nadledvin vzniká Addisonova nemoc (nedostatek glukokortikoidů i mineralokortikoidů), která s sebou nese snížený krevní tlak a glomerulární filtraci včetně hladiny sodíku, zatímco hladina draslíku v krevní plazmě je vysoká (důsledek nedostatku mineralokortikoidů). Naopak při nadbytku mineralokortikoidů jde o aldosterismus, který se projevuje hypertenzí, alkalózou, hypernatrémií a naopak hypokalémií (Trojan, 2003).

Jak už bylo řečeno, **kortikoidy** jsou syntetické analogy kortikosteroidů. Jsou podobné hormonu kortizolu a pro své imunosupresivní a rychlé účinky nacházejí uplatnění zvláště u alergických reakcí a autoimunitních chorob. Důležité místo mají v terapii anafylaktického šoku a vedle tokolytik jsou indikovány jako prevence syndromu respirační tísně, ke snížení rizika neonatálního úmrtí a intraventrikulárního krvácení u předčasných porodů, a to mezi 24. a 35. týdnem těhotenství. Rovněž se přistupuje k poporodní terapii surfaktantem (Robertson, 2009). Při nadměrném podávání hrozí již zmiňovaný Cushingův syndrom a další nežádoucí účinky.

Při dlouhodobém používání je potlačena funkce hypotalamo-hypofysárního systému, což s sebou nese sníženou sekreci ACTH. Při vysazování se pro jeho reaktivaci musejí postupně snižovat dávky, v přímé úměře s délkou terapie kortikoidy.

Tabulka 1 ukazuje kortikoidová externa v České republice podle potence (Viktorinová, 2007):

Tabulka 1. Rozdělení kortikosteroidních extern podle intenzity léčebného účinku			
skupina, intenzita účinku	název léčiva a koncentrace	výrobní název	léková forma
I. slabě účinné	hydrocortison acetat 1%	Hydrocortison Léčiva	mast
	prednisolon 0,4%	Linola-H-fett N	krém
II. středně účinné	alclomethason dipropionat 0,05%	Afloderm	krém, mast
	dexamethason acetat 0,01% dexamethason acetat 0,025%	Dexamethazon Léčiva	krém mast
	hydrocortison butyrat 0,1%	Locoid Locoid lotion Locoid crelo Locoid lipocream	krém, mast roztok lotio krém
	triamcinolon acetonid 0,1%	Triamcinolon Ivax Triamcinolon Léčiva Triamcinolon HBF	lotio krém, mast krém
III. silně účinné	betamethason dipropionat 0,05%	Diprosone Beloderm Kuterid	krém, mast
	betamethason valerát 0,1%	Betnovate	krém, mast
	fluocinolon acetonid 0,025%	Flucinar Gelargin	gel, mast gel
	fluticason propionat 0,05%	Cutivate krém Cutivate mast	krém mast
	methylprednisolon aceponat 0,1%	Advantan krém Advantan mastný krém Advantan mléko	krém krém lotio
	mometason furoat 0,1%	Elocom	krém, mast, roztok
	prednicarbat 0,25%	Dermatop	krém, mast
IV. velmi silně účinné	clobetasol propionat 0,05%	Dermovate	krém, mast
	halcinonid 0,1%	Betacorton	roztok

Tabulka 2 zobrazuje denní dávky, které potlačí hypotalamicko-hypofyzárně-adrenální osu, a ekvivalentní dávky ve vztahu k některým ostatním druhům kortikoidů dle biologického poločasu (DermNet, Systémové steroidy) za použití Vancouver Coastal Health formuláře:

Comparison of systemic steroids*					
Drug	Cortisone	Hydrocortisone	Prednisone	Methylprednisolone	Dexamethasone
Equivalent dose	25	20	5	4	0.75
Mineralocorticoid potency	2+	2+	1+	0-0.5+	0
Biological half-life	8-12	8-12	24-36	24-36	36-54
Daily dose causing HPA axis suppression (mg)	25-30	20-30	7.5	7.5	1-1.5

* Comparison of systemic corticosteroids – Vancouver Coastal Health Formulary tool. Accessed 12 July 2014.

2.1.2. Co je red skin syndrome a odvykací stav od kortikoidů

Red skin syndrome (syndrom rudé či červené kůže) je spojen také s pojmy „topical steroid withdrawal (syndrome)“ nebo „topical steroid addiction“. Je to souběh více symptomů, který může nastat zvláště po dlouhodobém podávání kortikosteroidních extern jako krémů, mastí, olejů, gelů, pěn a dalších přípravků (International Topical Steroid Awareness Network, n.d.), z nichž některé jsou volně prodejné (z tohoto důvodu tato záležitost nemusí být nutně způsobena konáním lékaře, tedy iatrogenní – kromě pokusů o samoléčbu různých dermatitid se jedná také o pokusy zesvětlovat pokožku, vyčistit či projasnit si pleť). Většina z nich ale je vázána na lékařský předpis. Stav může nastat jak po vysazení, tak také v průběhu léčby.

Co se týče **prevalence**, Fukaya a kol. (2014) odkazují na výzkum provedený v Japonsku v roce 2000, který ukázal, že se odvykací stav rozvine u 12 % pacientů dlouhodobě používajících kortikoidy. Pro zbylých 88 % varování před rizikem vzniku TSW není zcela na místě, ba může být i škodlivé – pokud totiž takový pacient kortikoidy z důvodu kortikofobie nepoužívá, může ztratit cennou možnost kontroly své nemoci. Na druhou stranu nesmí být opomenut fakt, že i zbylých 88 % pacientů se může stát závislými.

Podle Lia a Chandanové (2019) je mechanismus vzniku odvykacího stavu nejasný a má se za to, že jde o nežádoucí účinek dlouhodobého, častého nebo nepřiměřeného používání kortikoidů, obecně těch o střední či vysoké potenci. Upozorňují, že nepanuje shoda v diagnostických kritériích, zároveň se ukázalo, že se příznaky u dospělých i dětí v podstatě neliší, proto lze použít diagnostická kritéria i pro mladší pacienty (Sheary, 2019). Také není jasné, co lze považovat za rizikové faktory pro vznik tohoto stavu, ale více ohrožena je ženská populace a skutečnost, že došlo k aplikaci kortikoidů na obličej nebo oblast genitálií. Jednou hypotézou pro vznik stavu je rebound fenomén (viz dále), který se objeví po odnětí kortikoidů a vede k nárůstu hladiny oxidu dusnatého a vasodilataci cév a vlasečnic (Rapaport, M. J., & Rapaport, V. H., 2004). V pokusu s betametasonem-dipropionátem na hairless myších (Lin a kol., 2015) byla stanovena hypotéza, že „withdrawal dermatitis“, tedy „odvykací dermatitida“ a poškození kožní bariéry mohou být po odnětí kortikoidů způsobeny cytokinovou bouří. Cytokiny měly způsobovat zánět kůže, ale v kůži jich bylo pak nalezeno pouze zanedbatelné množství. Mimo jiné ale vyšlo najevo, že souběžné použití vazelíny v léčbě kortikoidy snižuje rozsah poškození kožní bariéry.

ITSAN hovoří o dvou typech TSW, a to **erytémooedematózní**, u pacientů s chronickou dermatitidou atopickou nebo psoriázou, který je více spojován s pálením, erytémem a otokem; druhý typ je **papulopustulární**, vytvářející spíše obraz růžovky, charakterizován papulami, puchýřky a nodulami, ten je spíše bez otoků a pálení. Tento druhý typ se objevuje častěji u pacientů používajících kortikoidy kvůli akné, vitiligu a jiným poruchám pigmentace či z kosmetických důvodů. Diferenciální diagnostika je obtížná, oba typy totiž mohou připomínat kontaktní či atopické dermatitidy nebo vzácné formy lupénky (psoriasis erythrodermica) a často se stav řeší eskalací steroidní terapie, což situaci v obou případech zhorší.

Jako „**topical steroid addiction (TSA)**“ je označována situace, kdy dochází k nárůstu tolerance na danou substanci a zároveň k vypuknutí fyziologických symptomů odvykacího stavu, tedy závislost. Je popisována jako původ onoho syndromu, kdy si tělo již rozvinulo toleranci na terapii kortikoidy a požaduje stále větší množství účinné látky k dosažení předchozího terapeutického benefitu: dochází zde k tzv. **tachyfylaxi**, kdy se tělo stává vůči léčbě tolerantní či resistantní.

Dochází zde také k dalšímu jevu, který je znám jako „**rebound fenomén**“ nebo také „**rebound efekt**“ (ITSAN, n.d.), jenž je definovaný jako výskyt nebo návrat symptomů, které byly při léčbě buď pod kontrolou, nebo úplně chyběly. Pokud se ale s léčbou skončí nebo jsou

dosavadní dávky sníženy, znovu se tyto symptomy objevují, a pokud jde o opětovný výskyt, závažnost symptomů je horší, než tomu bylo před léčbou.

Odvýkací stav (**withdrawal**) je definován jako skupina symptomů, které se objevují po odnětí látky či snížení jejích dávek. V tomto případě se jedná o odnětí kortikoidů, použití nižší potence léku a/nebo aplikace na menší plochu těla, popřípadě také méně často. Pojem TSW také reflektuje druh léčby, kterou se k souběhu příznaků z odnětí přistupuje. Celosvětově se například rozumí, pokud se řekne, že je dotyčný 6 měsíců TSW, že je to 6 měsíců od poslední aplikace kortikoidů (ITSAN).

Symptomy lze dělit do dvou kategorií, a to před odnětím a po odnětí.

Před odnětím dochází ke vzplanutí mezi jednotlivými aplikacemi (již „nepomáhají“), exantém se šíří na taková místa a objevuje na takových plochách, kde dřív nebyl přítomen. Kůže může intenzivně svědit, pálit a vyžaduje vyšší potenci léku. Objevují se také alergické reakce i nové alergie.

Po odnětí se kůže jeví jako spálená, je jasně rudá (Hajar a kol., 2015), s extrémním pruritem (Fukaya a kol., 2014), proti kterému často neúčinkují antihistaminika a jehož původ lze spatřovat také ve vazodilataci dosud kontrahovaných cév vlivem změn hladin oxidu dusnatého v séru, viditelně a hojně se olupuje (jakoby „sněží“), objevuje se mokvání s exudátem čiré či nažloutlé barvy. Následuje stále se opakující cyklus mokvání, otoků, pálení a olupování v obraze masivní xerózy. Důležitým „poznávacím znamením“ jsou „**red sleeves**“, tedy pomyslné červené rukávy – ruce a nohy jsou zanícené, ale dlaně a plosky nohou bývají ušetřeny (není to ale pravidlem, zvláště při dlouhodobém, excesivním používání, aplikaci silných kortikoidů a/nebo souběhu s dyshidrotickým ekzémem).

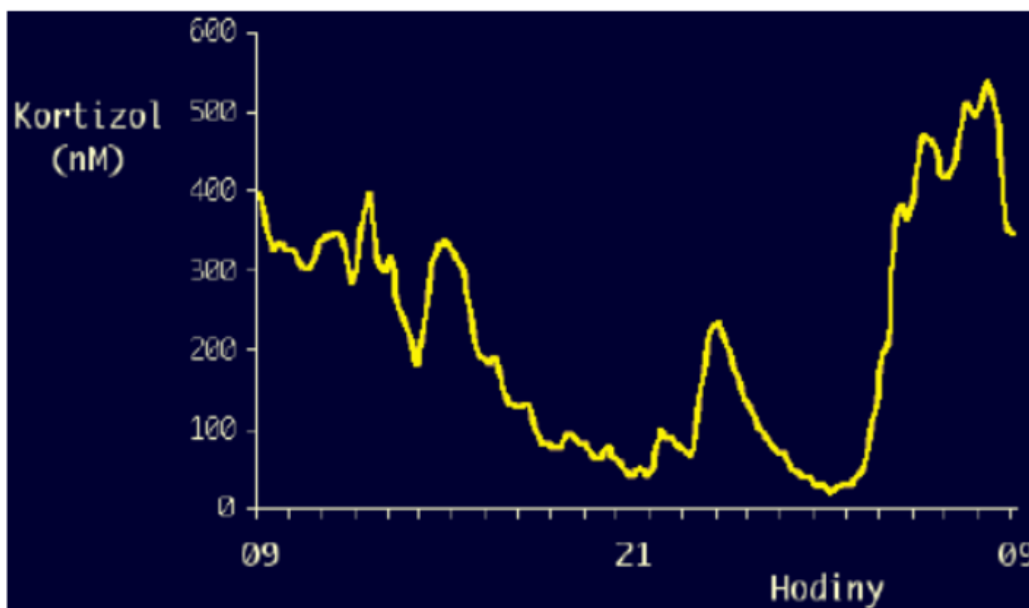
Termoregulace je porušena (postiženému je buď příliš zima, nebo příliš teplo, kromě porušeného kožního krytu také narušením hypotalamicko-hypofyzárně-adrenální osy) a objevuje se přecitlivělost kůže na vodu, pohyb, emolienca, látku, teplotu apod., také nervová bolest popisovaná jako dotyk prskavky nebo jehliček. Lymfatické uzliny bývají zvětšené a dochází k otokům až do obrazu lymfedému (také důsledek hypoalbuminémie, podmíněné mj. neustálou tvorbou nové kůže). Oči bývají podrážděné, suché, dochází ke zhoršení visu. Kůže je atrofována, což se kvůli snížení hladin elastinu a kolagenu ve tkáních manifestuje nejen jako „**elephant skin/wrinkles**“ (sloní kůže/vrásky), které jsou viditelné zvláště v oblasti velkých kloubů a na krku, ale je velmi jednoduché kůži poranit, je velmi tenká.

Objevuje se alopecie (ve formě areata, totalis i universalis), nespavost a/nebo změněný cirkadiánní rytmus (běžně jsou hladiny kortizolu vysoké ráno, viz Tabulka 3, při TSW jsou tyto hodnoty posunuty), změny v chuti k jídlu (spíše hubnutí), zvýšená únava, emocionální labilita, deprese a úzkosti. Mohou se objevit sebevražedné myšlenky, úvahy, pokusy i dokonaná suicidia (ITSAN). Objevují se ale také změny v krevním obraze (DermNet, n.d.) typické pro dermatitidu (např. nižší hladina albuminu, transferinu a železa, NK buněk a vitamínu D oproti vysokým hodnotám hladin CRP, eozinofilů a leukocytů).

Zajímavé je riziko několikanásobného zvýšení hladiny homocysteinu: „Při poruše metabolizace Hcy se zvýšením jeho hladiny v krvi – hyperhomocysteinémií (dále hyHcy) vzniká více druhotných poruch a abnormalit: porucha enzymů a tím narušení průběhu biochemických procesů v buňkách, je podpořen vznik volných radikálů, čímž spouští poškození mitochondrií, poškození v cévách, vazivu a dalších tkáních (Erben, n.d.).“ Terapie steroidy obecně homocystein a s ním i riziko kardiovaskulárních a jiných onemocnění snižuje (Lakryc a kol., 2015).

Pacienta samozřejmě stav ovlivňuje po stránce sociální a pracovní a často dochází ke vzniku pracovní neschopnosti až invalidizaci (ITSAN).

Tabulka 3: Normální kolísání hladiny kortizolu v cirkadiánním rytmu (Hampl, n.d.).



Kvůli poškozené kožní bariéře a snížené imunitní odpovědi mezi **komplikace** stavu patří kožní **infekce**, u kterých v terénu TSW může být diferenciální diagnostika velmi ztížena (Štork, 2008). Infekce (1. LF a UK, 2022) mohou probíhat souběžně a kvůli imunosupresi organismu hrozí generalizace, a tím život ohrožující stavy jako sepse, encefalitidy apod.

Mohou být **bakteriální**, kůže je impetigizovaná a původcem je běžně se na kůži vyskytující *Staphylococcus aureus* (infekce jsou občas způsobeny stafylokokem také v jeho meticilin-rezistentní formě, tedy MRSA), *Streptococcus pyogenes*, který je původcem erysipelu (zde se mohou uplatnit také *Klebsiella pneumoniae* nebo *Hemophilus influenzae*), *E-coli* nebo *Pseudomonas aeruginosa*. K léčbě se používá penicilin nebo jiná antibiotika, která je v některých případech nutno podat intravenózně za hospitalizace.

Mezi původci **virových** infekcí dominují herpesviry (Herpes simplex prvního i druhého typu a *Varicella zoster*, původce planých neštovic a pásového oparu), enteroviry (coxsackieviry B), lidské papilomaviry, poxviry (*Mollusca contagiosa*). Rizikem je také infekce nebo reinfekce cytomegalovirem nebo virem Epstein-Barrové. Terapií jsou antivirotika. Pro léčbu herpesu se používá především aciklovir. Na lékařský předpis je k dostání také v tabletách, které se používají jak při akutní infekci, tak k případné potřebné profylaxi. Bez předpisu lze koupit mj. krém Zovirax DUO, který má kromě acikloviru ještě účinnou látku hydrokortizon, není tedy vhodný při terapii TSW.

Komplikací jsou také **mykotické** infekce, na něž jsou indikována lokální nebo systémová antimykotika:

Kandidózy působené zvláště *Candidou albicans* a dalšími druhy, původcem je také *Cryptococcus neoformans*. Kandidózy se mohou projevit jako intertrigo, soor, onychomykóza, vulvovaginální kandidóza nebo u mužů balanitida.

Dermatofytózy (označeny jako tinea) jsou působené dermatofyty (např. *Trichophyton rubrum*, *Epidermophyton floccosum*) a napadají veškeré části těla včetně nehtů.

Mezi kožními **parazitárními** infekcemi jmenujme kožní leishmaniózu, jejíž léčba je svízelná, ale v našich končinách se moc nevyskytuje (původcem je prvok *Leishmania tropica*, major nebo mexicana), pak demodikózu (*demodex folliculorum* nebo *brevis*, léčený především metronidazolem a ivermektinem) nebo svrab (*scabies*), způsobený zákožkou svrabovou a léčený mastmi s permethrinem a sírou.

2.2. Léčba odvykacího stavu

Léčbou odvykacího stavu je sám odvykací stav v čase, který pacient potřebuje pro zotavení. Odvykací stav může trvat v závislosti na potenci kortikoidů, době terapie, rozsahu používání a individuálních faktorech několik měsíců až několik roků.

Slovy doktora Marvina Rapaporta: „Máme léky na svědění, máme léky na spaní, máme léky proti pálení, máme léky proti otokům, máme léky proti bolesti – cokoli je potřeba – nic přehnaného – ale cokoli je potřeba a obrovské množství ujišťování, abychom je dostali skrze ty nejhorší momenty (Rapaport in Skin on Fire, 2022).“

Léčba může probíhat buď za pomoci emoliencií, nebo bez nich. Metoda NMT/MW – **No Moisture Treatment** neboli Moisturiser Withdrawal byla vyvinuta doktorem Kenjim Sato, (2008). Nejsou při ní používána žádná emoliencia, pacient používá minimální množství vody i na osobní hygienu a omezí také příjem tekutin. Tento přístup je sporný, ale někomu vyhovuje (Vergara, 2022).

Spíše se ukazuje, že použití emoliencií je obecně v léčbě dermatitidy prospěšné (van Zuuren a kol., 2017).

Mezi potenciálně vhodné přípravky nanášené na kůži (lze kombinovat) můžeme zařadit vazelínu, Ambiderman, Synderman, Leniens, Holtovu mast, různá volně prodejná emoliencia, kalciovou, zinkovou (oxid zinečnatý) nebo taninovou mast či olej, oleje jojobový, konopný, kokosový, slunečnicový, olivový, avokádový, arganový, bambucké máslo, produkty s včelím voskem a mateří kašičkou nebo ureou, dále tea tree olej, tekutý pudr, ichtamolovou nebo endiaronovou pastu, které působí antibakteriálně a antivirotický, jakož i koloidní stříbro a zlato nebo černý čaj. Desinfekčně působí mast Betadine nebo je přínosná genciánová (methylová) violet s výraznými antiseptickými účinky. Při podezření na infekci je však nutná konzultace s lékařem. Prospěšné mohou být také obklady (Jarischův roztok, řepík lékařský nebo hypermangan). Kromě produktů se zinkem je často vhodné zařadit do jídelníčku selen, omega-3 mastné kyseliny a vitamín D.

Topické inhibitory kalcineurinu **takrolimus** (Protopic) ani **pimekrolimus** (Elidel) nejsou vhodné zvláště pro kancerogenitu (Elias, 2009) a potenciální závislost a odvykací stav (Ward, ITSAN). Pro nejasné složení a účinky nejsou doporučovány některé volně prodejné přípravky východní medicíny a preparáty jako BLUE CAP krém (MZČR, 2014) a Skin-Cap krém (National Psoriasis Foundation, 2000). Oba preparáty mají obsahovat betametason.

Obecně není vhodné být v extrémních povětrnostních a klimatických podmínkách, naopak úlevné mohou být koupele s octem, jablečným octem, slabě růžovým roztokem hypermanganu, ovesnými vločkami, bramborovým škrobem, pšeničnými otrubami, jedlou sodou, himálajskou nebo Epsom solí, tea tree olejem, řepíkem lékařským, měsíčkem lékařským, dokonce i česnekem. Pro hydrataci lze přidat do koupele olivový olej aj. Stav pacienta mohou (ale nemusejí) výrazně zlepšit fototerapie pomocí UVB záření o vlnové délce 311 nm a/nebo balneoterapie, popřípadě přímo pobyt u moře nebo na horách.

Je vhodné nosit bavlněné oblečení včetně bavlněných rukavic, používat měkké ručníky a pohodlné ložní prádlo a prát v šetrném pracím prášku. Je důležité mít k dispozici příjemné, teplé deky, neboť horkou kůží přichází pacient o mnoho tepla a vody, což je subjektivně pocíťováno jako zimnice, zároveň se mění termoregulace v důsledku snížené funkce nadledvinek po dlouhodobém používání kortikoidů. Zimnice mohou značit ale také infekci. Pokud si pacient není jist, je třeba poradit se s lékařem, který může provést příslušné krevní testy. Porucha termoregulace může přinášet také touhu spíše po studeném prostředí a potravinách, nápomocny mohou být led nebo chladivé gelové polštářky.

Zvláště v počátečních fázích bývá potřeba antihistaminik, analgetik, antibiotik, hypnotik, anxiolytik, popřípadě také antidepresiv. S tím souvisí to, že kromě podpůrných skupin například na sociálních sítích může být přínosné najít si chápavého a laskavého terapeuta, a to nejen v průběhu TSW, ale i po vyléčení, u mnoha pacientů se totiž vyvine posttraumatická stresová porucha. Duševní pohodě také neprospívá, že v průběhu TSW pacient nikdy neví, co bude večer, i když ráno mu bylo relativně dobře, a naopak. Dermatoložka z New Yorku, Shereene Idriss (2022), upozorňuje na existenci TSW a zvláště zdůrazňuje, že je potřeba hlavně najít podporujícího lékaře, kterému pacient bude věřit.

Kromě výše jmenovaných prostředků se v léčbě v některých případech na neuralgii a pruritus používá lokální anestetikum **pramoxin hydrochlorid** a antiepileptikum **gabapentin**: Doktor Lio (2015) upozorňuje mimojiné na to, že TSW je pravděpodobně běžnější, než je doposud známo, a přirovnává závislost na kortikoidech k závislosti na opioidech. Co se týče gabapentinu, používá jej i doktor Marvin Rapaport v Kalifornii (*Rapaport in Skin on Fire, 2022*). Zkouší se také **Low Dose Naltrexone** (microdosing naltrexonu) nebo Ultra Low Dose Naltrexone, zkráceně LDN nebo ULDN (LDN Research Trust, n.d.). Naltrexon je antagonist opioidních receptorů a ovlivňuje dopaminergní a serotonergní systém. Hladina endogenních opioidních peptidů urychluje hojení a redukuje zánět (Ibrahim a kol., 2017). Opioidní receptory μ a δ jsou v kůži a typické dávky naltrexonu zprostředkují kontinuální navázání na

receptory, zatímco nízké dávky blokují receptory přerušovaně, a potencují tak příznivý účinek (Lee & Elston, 2019).

Také je potřeba vyhýbat se spouštěčům, zvláště těm, o kterých pacient ví, že mají na něj negativní vliv. To jsou vzdušné, potravinové nebo kontaktní alergeny. Často jsou to cukr (laktóza), alkohol, čokoláda, ořechy, vejce, lepek, někdy káva; také zvířecí srst, pyl, prach, různé chemikálie apod.

Mezi léčebné prostředky používané také na těžký atopický ekzém patří **cyklosporin A**, cyklický polypeptid, běžně indikovaný pro imunosupresi při transplantacích orgánů a kostní dřeně. Používá se ale také v terapii autoimunitních chorob jako psoriáza, systémový lupus erythematodes, systémová sklerodermie, revmatoidní artritida a také těžký atopický ekzém, který nereaguje na standardní léčbu (Příbalový leták, cyklosporin A). Bohužel je nefrotoxický, ovlivňuje funkci jater, zvyšuje tlak, glykémii, lipidémii a může působit teratogenně, sice ne tak výlučně jako methotrexát a azathioprin, použití v těhotenství se však spíše nedoporučuje (Nevoralová, 2010).

Používá se také již zmíněný **azathioprin** (Imuran), podávaný v tabletách. Je to imunosupresivum, které se používá při transplantaci orgánů nebo při autoimunitních chorobách, tedy v terapii revmatoidní artritidy, Crohnovy choroby, ulcerózní kolitidy, těžkých zánětlivých onemocněních kůže, jater, tepen a některých poruch funkce krve. Terapie se nedoporučuje v těhotenství, při kojení, po nedávném očkování živou vakcínou, nemá se užívat při těžké infekci, jaterní poruše nebo poruše funkce kostní dřeně, při pankreatitidě aj. Užívání zvyšuje riziko tvorby nádorů, včetně nádorů kůže, je tedy potřeba vyvarovat se nadměrnému vystavování slunečnímu záření, zároveň může mít přípravek mutagenní účinky pro plod (doporučení používat antikoncepci platí pro obě pohlaví), interaguje s mnoha léky a může přinášet poměrně mnoho nežádoucích účinků (Příbalový leták, azathioprin).

Kromě omalizumabu se v případě, že výše uvedené nemá požadovaný terapeutický účinek, u pacienta používá biologii **dupilumab** (Dupixent). (Arnold a kol., 2018).

Dupilumab je rekombinantní lidská monoklonální protilátka třídy IgG4, která inhibuje signální dráhu interleukinu-4 a interleukinu-13, které představují hlavní hnací faktory zánětlivého onemocnění typu 2 u člověka, jako je atopická dermatitida a další (viz níže).

Jako Dupixent je k dispozici v podobě předplněných injekcí nebo per a je určený pro dlouhodobou léčbu. Používá se také v terapii astmatu, chronické rinosinuitidy s nosní

polypózou, pruriga nodularis nebo eozinofilní ezofagitidy. Terapeutická dávka v léčbě atopického ekzému u dospělého činí 300 mg jednou za 14 dní (Příbalový leták, dupilumab). Dat není mnoho, ale jako vedlejší účinky byly hlášeny konjunktivitida, artralgie, HSV či eozinofilie a erytém či modřina v místě vpichu. Rovněž se nedoporučuje aplikovat živé či živé atenuované vakcíny současně s dupilumabem, neboť nebyla stanovena jejich klinická bezpečnost a účinnost. Co se týče léčby v těhotenství, údaje jsou omezené, ale má se za to, že dupilumab lze použít, pokud přínos převáží nad potenciálním rizikem pro plod.

Dalším biologikem používaným v terapii autoimunitních chorob u dospělých pacientů je **baricitinib** (Olumiant). Kontraindikací je těhotenství, aktivní tuberkulóza. Používá se při léčbě revmatoidní artritidy, atopické dermatitidy a alopecie. Doporučená základní dávka je 4 mg jednou denně per os, tato dávka může být snížena u seniorů a u pacientů s poruchami funkce jater a ledvin. Vedlejšími účinky může být reaktivace virů (herpes simplex; herpes zoster – v tom případě se musí léčba přerušit) a o interakci s vakcínami nejsou dostupné žádné údaje. U pacientů s trombofilií má být lék používán s opatrností, jelikož byly hlášeny případy hluboké žilní trombózy a plicní embolie. V souvislosti s tím je potřeba přihlížet k faktorům jako vyšší věk, obezita nebo imobilizace (Příbalový leták, baricitinib).

2.3. Přístup ve světě k RSS a kdo se tomuto tématu věnuje

Ačkoli American Academy of Dermatology (Rapaport in Skin On Fire, 2022, & Conversation with Marvin Rapaport, 2022) neuznává tento stav jako formální diagnózu, naopak je tomu například ve Velké Británii nebo Japonsku. Zvláště v poslední době ale přibývá odborných článků na toto téma, ač se začaly objevovat již před více než půl stoletím.

Abecední výčet většiny odborníků a výzkumníků, kteří publikují o TSW, ukazuje **Tabulka 4:**

Adam	Das	Gupta	Kirby	Mohanty	Qayoom	Suzuki
Ahmed	De	Guttman-Yassky	Kligman	Mohapatra	Rapaport (M a V)	Takahashi
Akdeniz	Dejager	Hafinin	Kolbe	Moilanen	Rasmussen	Takeda
Akyüz	del Soldato	Hägg	Koro	Morita	Rath	Tan
Anderson	Deng	Hachem	Kumar	Morren	Rathi	Tanaka
Andres	Descargues	Hajar	Kumaran	Muijsers	Roca-Ferre	Tang
Ansari	Dogra	Harris	Kumrah	Mullol	Rodrigues	Thomas
Antaya	Dolenc-Voljc	Hehir	Kuo	Munro	Rollason	Treister
Anthoine	Dozono	Hengge	Kurdykowski	Nakamura	Ruzicka	Truhan
Antunes	du Vivier	Henricks	Lader	Nakatsuji	Saikia	Tsai
Arase	Dünstl	Hettmannsperger	Lahiri	Narang	Saito-Abe	Uva
Arnold	Erdem	Higgit	Latorre	Nedorost	Sanchis	van Hal
Aubert	Farzaneh	Hon	Lavker	Nigam	Sar	Vandevyder
Aucott	Feldman	Hurskainen	Lebwohl	Nnoruka	Sato	Vapaatalo
Barnes	Ferreira	Huyn	Lee	Norsgaard	Sawyer	Vergnolle
Behera	Flower	Hwang	Lehmann	Ohya	Sengar	Wallace
Berger	Fluhr	Chandran	Leong	Oikarinen	Sengupta	Welzel
Bhat	Fonagy	Chen	Leung	Okoye	Serup	Wong
Bigas	Forte	Choi	Li	Owens	Sevilla	Xaubet
Biswas	Fowler	Choudhury	Libert	Özdemir	Sharma	Xiao
Boix	Francis-Lyon	Ilves	Lio	Pal	Sheary	Xie
Bolla	Frankel	Jain	Liuson	Palatsi	Sheu	Yamamoto
Bumstein	Freeman	Jakob	Lubach	Paller	Shuster	Yamamoto-
Butler	Frosch	Jana	Lunder	Pandey	Schwartz	Hanada
Carceller	Fujisawa	Jena	Maibach	Papakostas	Silverberg	Yang
Cidlowski	Fukaya	Jewell	Malakouti	Parker	Singh	Yau
Colomb	Futamura	Jian	Man	Patel	Sneddon	Yin
Coondoo	Gallo	Juan	Manzoor	Pavel	Sohn	Zheng
Cork	Ghosh	Juhász	Marcoux	Pérez	Soma	
Cossmann	Gilroy	Kaidbey	Marks	Phillips	Soto	
Craig	Gold	Kao	Marstrand	Pinheiro	Spada	
Croxtall	Gonzalez	Kawakami	Matura	Pisano	Stalder	
Crumrine	Goossens	Kaya	McRorie	Pittelkow	Steinhoff	
Cruz	Graf	Kietzmann	Miguel	Pohar	Stoughton	
Curley	Greive	Kimata	Miner	Poncet	Sumita	
Das	Grills	Kinrys	Mischoulon	Pujols		

Existuje mezinárodní nezisková organizace **The International Topical Steroid Awareness Network neboli ITSAN**, která byla založena v rámci šíření osvěty o Topical Steroid Withdrawal Syndromu (ITSAN, 2023), také známému jako Red Skin Syndrome nebo Topical Steroid Addiction. Slouží jak pacientům nebo pečujícím osobám, tak poskytovatelům zdravotní péče jako zdroj informací a podpory. Zajišťuje webináře, newslettery, informace na sociálních médiích včetně velkých podpůrných fór na sociálních sítích. Rovněž má spoustu zástupců a sdružuje i mezinárodní iniciativy na tomto poli.

Jejich cíl je prevence, časná detekce, přesná diagnóza a vhodná léčba pacientů, kteří trpějí TSW. Odkazují se na organizace, které hájí zájmy pacientů na stránkách American Academy of Dermatology (2023), mezi které organizace patří.

Organizace ITSAN byla založena z iniciativy matky, která pečovala o svého syna s TSW, Kathy Tullos. Jako poradci v organizaci působí doktoři Koushik Lahiri, Patrice Faye Little, Sandipan Dhar a profesor Marcello Monti.

Za zmínku stojí iniciativy pacientů s probíhajícím nebo již vyléčeným syndromem, popř. osob pečujících o své nemocné blízké. Pozoruhodný je dokument Briany Banos (2021). V dokumentu vystupují také reální pacienti, včetně Cary Ward, která publikovala knihu *Curing my Incurable Eczema* (2017).

National Eczema Society ve Velké Británii, v Camdenu, je dobročinná organizace pro ekzematiky, která také přináší informace o současném stavu výzkumu v oblasti TSW (National Eczema Society, n.d.).

2.3.1. Přehled léčení s odkazy

Velká Británie

Jmenujme Skin Solace Clinic v Hampshiru (www.skinsolaceclinic.co.uk) se zakladatelkou Jing Rui (<https://decodingtopicalsteroidwithdrawal.com/>). Mimo jiné online popsala mezi prvními fáze TSW a způsob zvládnání symptomů.

Japonsko

V Ósace působí doktor Kenji Sato (www.atopic.info) a jeho asistent, Tokuko Kemada (<http://tokuko.chu.jp/tokukonoheya/>), kteří kromě jiného prosazují No Moisture Therapy.

Singapurská republika

Skin Health Centre v Singapuru (<https://www.skinhealthcentre.sg/>) léčí pacienty pomocí biotechnologie kmenových buněk za použití speciálního gelu.

Singapurská vládní agentura (Singapore Government Agency, 2022) dokonce upozorňuje na riziko TSW ve svých bezpečnostních upozorněních.

Kalifornie (USA)

Ve Spojených státech amerických, v okrese Los Angeles ve městě Beverly Hills působí známý dermatolog, Marvin Rapaport (<https://www.rapdermbh.com/>). Kromě jiného provozuje blog na Facebooku, který se věnuje osvětě v oblasti TSW (<https://www.facebook.com/UnderstandingRedSkinSyndrome/>). Jak sám píše, jeho cílem je vymýtit Red Skin Syndrome, jehož léčbě se dlouhodobě ve velkém věnuje. Mnoho dalších informací, včetně jeho článků, je k dispozici na jeho další stránce (<https://red-skin-syndrome.com/>). Při návštěvě stránky lze zhlédnout edukační film Skin on Fire, na kterém se podílel (2022).

Kromě výše uvedeného je možné na stránce ITSAN nalézt seznam zahraničních podporujících lékařů (<https://www.itsan.org/wp-content/uploads/2022/02/List-of-TSWS-Supportive-Docs-and-Practitioners4.pdf>).

2.4. Přístup k RSS v České republice

V době psaní této práce jsem se dozvěděla pouze o jedné dermatoložce, která přímo na svých stránkách píše o závislosti na kortikoidech (Moosová, 2019). Jinak ale nevím o žádném zdravotnickém zařízení, které by nahlíželo na TSW jako na reálnou záležitost.

Před neuměřenou aplikací kortikoidů varuje také Ing. Věra Zíková (Zíková, n.d.), která vystudovala přírodovědu a chemii. Je, sama atopik, autorkou metody pro stabilizaci a léčbu atopického ekzému, spočívající v nasazení eliminační diety. Specializuje se na děti do 3 let, ale metoda je efektivní i u starších dětí a dospělých, i když každá věková skupina má svá specifika.

V roce 2015 varovala před steroidy v osmiminutovém videu Češka, Eva Nedbalová (2015) a o negativních účincích kortikoidů informovala o rok později ve své bakalářské práci Zuzana Kouřilová (2016). Zároveň o tomto stavu podává svědectví několik českých nebo slovenských pacientů na různých blozích.

Obecně je stav pacientů s příznaky TSW většinou zhodnocen jako těžká atopická dermatitida s výhledem na doživotní léčbu. Pacientovi bývají standardně předepisovány kortikoidy, které buď přijme, nebo odmítne. Pokud je přijme a používá je neuváženým způsobem (příliš dlouho, často, příliš silné či na místa, ze kterých se nejvíce absorbují), hrozí riziko, že se na nich stane závislým.

Za zmínku stojí, že u nás kromě výše uvedených léčebných metod mohou být přínosné i lázně, které mohou být indikovány jak dospělým, tak dětem. Je vhodné se už předem informovat, zda plánuje zařízení pacienta léčit i kortikoidy, nebo je v pořádku, když je pacient odmítne.

3. VÝZKUMNÁ ČÁST

3.1. Stanovení cíle

Cílem výzkumu je zjistit, zda některé obtíže a projevy pacientů dlouhodobě léčených zevní aplikací kortikoidů mohou být definovány podobně jako syndrom závislosti, zároveň přinést informace o odvykacím stavu od kortikoidů a způsobech jeho léčby.

3.2. Formulace výzkumných otázek

VO1. Jaké obtíže a projevy pacientů vyhovují kritériím syndromu závislosti?

VO2. Je možné hovořit o odvykacím stavu při vynechání či vysazení zevní aplikace kortikoidů?

VO3. V případě prokázané závislosti se jedná spíše o závislost látkovou, nebo nelátkovou?

3.2.1. Kritéria závislosti dle DSM-5

Jedná se o diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické asociace (APA, 2013). Je to klíčový systém klasifikace duševních poruch touto asociací vydávaný. Už dvě až tři splňovaná kritéria svědčí pro závislost mírnou, čtyři až pět pro střední, šest a více pro silnou závislost (Kalina, 2015). Jedná se o tato kritéria:

- 1) **Bažení neboli naléhavá potřeba a nutkání k užití substance**
- 2) **Mnoho času je stráveno získáváním, užíváním nebo zotavováním se z účinků substance**
- 3) **Užívání většího množství či po delší dobu, než bylo zamýšleno**
- 4) **Přání a neúspěšná snaha omezit nebo přerušit užívání**

- 5) **Nezvládání pracovních, domácích nebo školních činností v důsledku užívání**
- 6) **Pokračování v užívání i přes výskyt problémů v sociálních vztazích**
- 7) **Opouštění důležitých sociálních, pracovních nebo rekreačních činností v důsledku užívání**
- 8) **Opakované užívání navzdory vlastnímu ohrožení**
- 9) **Pokračování v užívání navzdory povědomí o tom, že užívání zhoršuje či způsobuje vlastní somatické či psychické problémy**
- 10) **Tolerance neboli potřeba zvyšování množství pro dosažení žádoucího účinku**
- 11) **Rozvinutí odvykacích příznaků, které mohou být redukovány dalším užitím substance**

3.2.2. Kritéria závislosti dle MKN-10

Jak uvádí Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR o MKN-10, „Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN) je publikace Světové zdravotnické organizace (v originále International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, zkráceně ICD), která kodifikuje systém označování a klasifikace lidských onemocnění, poruch, zdravotních problémů a dalších příznaků, situací či okolností.“ V současné době prochází pětiletým přechodným obdobím již 11. revize (ICD-11), která vstoupila v platnost 1. ledna 2022.

Syndrom závislosti je podle MKN-10 (2018) soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje

- 1) **silné přání užít drogu,**
- 2) **porušené ovládání při jejím užívání,**
- 3) **přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky,**
- 4) **priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky,**
- 5) **zvýšená tolerance pro drogu**
- 6) **a někdy somatický odvykací stav.**

Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí, přičemž platí, že pro diagnózu

závislosti je nutné vyhovovat alespoň 3 kritériím za dobu posledních 12 měsíců (Kalina, 2015).

Odvykací stav je potom „skupina příznaků různého seskupení a stupně závažnosti, vyskytující se při absolutním nebo relativním odvykání psychoaktivní látky po jejím dlouhotrvajícím užívání. Nástup a průběh odvykacího stavu jsou časově ohraničeny a mají vztah k typu psychoaktivní látky a dávce, která byla užita bezprostředně před zastavením nebo redukcí užívání. Odvykací stav může být komplikován křečemi.“

Také se uvádí, že sem „nepatří abúzus substancí, které nezpůsobují závislost (F55).“

Bez příznaků závislosti nebo odnětí, které „se nevyvíjejí jako u psychoaktivních substancí specifikovaných v F10–F19“ (klasifikace F55 dle MKN-10), by závislost na kortikoidech spadala pod F00-F99 (Poruchy duševní a poruchy chování), konkrétně F55:

„Patří sem široká škála léků a lidových prostředků, ale zvláště důležité skupiny jsou: (a) psychotropní léky, které nezpůsobují závislost, jako antidepresiva, (b) laxativa a (c) analgetika, která lze koupit bez lékařského předpisu, jako aspirin a paracetamol. Trvalé používání těchto látek vede často ke zbytečnému kontaktu se zdravotnickými profesionály a pomocným personálem a někdy je spojeno se škodlivým vlivem těchto látek na organismus. Snaha odradit od užívání těchto léků nebo je zakazovat často naráží na odpor. Laxativa a analgetika užívají nemocní dále i přes upozornění nebo dokonce již vyvinuté somatické onemocnění, jako je renální poškození nebo elektrolytová dysbalance. Ačkoliv je obvykle jasné, že pacient má jasnou motivaci užívat tyto léky, příznaky závislosti nebo odnětí se nevyvíjejí jako u psychoaktivních substancí specifikovaných v F10–F19.“

3.3. Metody tvorby dat

Jednalo se o kombinaci **kvantitativního** (dotazník) a **kvalitativního výzkumu** (3 kazuistiky).

Formou anonymního **dotazníkového šetření** (s uzavřenými otázkami a jednoduchým výběrem mezi možnostmi ano, ne a nevím) na platformě Survio.com byla od 13. června 2022 do 31. července 2022 sebrána data od 105 členů facebookové československé skupiny respondentů, kteří jsou nositeli znaku – odvykacího stavu od kortikoidů. Skupina v tu dobu čítala necelých 900 členů, návratnost je tedy zhruba 12 %. Jednalo se o 10 otázek dle škály DSM-5. Ty byly speciálně upraveny pro kortikoidy, viz Příloha 1.

Jelikož se jednalo v podstatě o **samovýběr** (výzkumu se účastnil ten, kdo z oslovených chtěl), mohlo u dotazníku dojít k chybě **non-respons bias**. Ke snížení tohoto rizika byl dotazník vložen k vyplnění za celou dobu jeho otevření postupně třikrát, a to s tím, že byli potenciální účastníci s opětovným sdělením účelu vyzváni, aby se anonymního výzkumu účastnili, pokud tak již neučinili. Mohlo se stát, že někdo se výzkumu účastnit sice chtěl, odložil si to ale na později, a pak už si na to buď nevezpomněl, nebo to ve skupině nemohl dohledat.

V následujících dvou měsících byly nahrávány **polostrukturované rozhovory** s dvěma ženami a jedním mužem, kteří jsou nositeli jevu, tedy odvykacího stavu od kortikoidů.

Jedna žena byla vícekrát hospitalizována v nemocnici, mužovi to bylo nabízeno a druhá žena zvládala odvykací stav sama, všichni ale někdy byli pacienti ambulantních zdravotnických služeb.

Před rozhovorem byly odebrány **anamnézy**, jejichž výstupy jsou Přílohami 3, 4 a 5 této práce. Pro rozhovory jsem měla několik předem připravených otázek a témat (viz Příloha 2), pokud to vyplynulo ze situace, zeptala jsem se také na něco jiného. Prioritou bylo vyprávění jejich příběhu o kortikoidech a ke konci jsem se tázala na splnění kritérií závislosti dle MKN-10. Tato jsem též vztahovala ke kortikoidům a neptala jsem se pouze na přítomnost odvykacího stavu, jelikož u všech bylo splněno, bylo to kritérium výběru.

Vezmeme-li v úvahu tu hypotézu, že lze na kortikoidech rozvinout závislost, předpokladem bylo, že budou splněna kritéria závislosti.

3.4. Výzkumný soubor

Dotazníku se účastnilo 105 respondentů. Nebyl sledován ani věk, ani pohlaví, pouze splnění základního znaku – přítomnosti odvykacího stavu od kortikoidů a následně vyplnění celého dotazníku.

Pro **kazuistiku** byly vybrány 3 osoby. Se všemi si v rozhovorech tykám. Ženu a muže jsem znala a věděla o nich, že delší dobu používali kortikoidy. Druhou ženu jsem předtím neznala. Ta byla oslovena s prosbou, zda by byla ochotná účastnit se výzkumu k této bakalářské práci, a souhlasila. Respondenti byli ve věku od 29 do 38 let. Se všemi byla nejprve se souhlasem konzultována anamnéza a poté nahrávány polostrukturované rozhovory.

3.5. Etika

Respondenti dotazníku byli informováni o anonymnosti a účastníci kazuistik byli ujištěni, že bude též zachována anonymita a všechny skutečnosti (vlastní jména, názvy měst apod.), dle kterých by bylo možné je identifikovat, budou pozměněny. Rovněž jim bylo řečeno, že tento souhlas mohou kdykoli odvolat. Zároveň jsou anonymizovány případné názvy institucí, jsou-li zmiňovány. Etická komise Kliniky adiktologie se k práci vyjádřila souhlasným stanoviskem.

3.6. Metody vyhodnocení a interpretace dat

K vyhodnocení dat sebraných v **online dotazníku** byla použita dedukce, částečně explanace. Nejdříve byla vytvořena tabulka, která vyhodnocuje konkrétní počet odpovědí u jednotlivých otázek a možností, potom bylo procentuálně vyjádřeno, kolik odpovědí bylo pozitivních a nakolik tedy výzkumný soubor splňuje kritéria závislosti. Za použití aritmetického průměru byla vyjádřena míra naplnění kritérií závislosti podle DSM-5.

Data u **kazuistik** sbíraných formou polostrukturovaného rozhovoru byla vyhodnocena metodou tzv. zakotvené teorie, tj. trojího (Strauss & Corbinová, 1999) kódování, tedy nejdříve otevřeného, axiálního a selektivního, s využitím narativní analýzy a metody zachycení vzorců. Dále přišlo na řadu třídění dat, porozumění datům a díky poznámkování interpretace ve výsledcích zjištění.

3.7. Výsledky výzkumu

3.7.1. Výsledky kvantitativního výzkumu

Tabulka 5: Dotazník Kortikoidy.

1. Máte nebo měli jste naléhavou potřebu a nutkání k použití kortikoidů?	Ano: 96	Ne: 9	Nevím: 1
2. Strávili jste více času, než jste chtěli, získáváním, užíváním nebo zotavováním se z účinků kortikoidů?	Ano: 100	Ne: 1	Nevím: 4
3. Užívali jste kortikoidy delší dobu, než jste zamýšleli?	Ano: 99	Ne: 3	Nevím: 3
4. Přáli jste si někdy neúspěšně omezit nebo přerušit užívání kortikoidů?	Ano: 89	Ne: 9	Nevím: 7
5. Nezvládali jste někdy pracovní, domácí nebo školní činnosti v důsledku užívání kortikoidů?	Ano: 86	Ne: 13	Nevím: 6
6. Pokračovali jste v užívání kortikoidů i přes výskyt problémů v sociálních vztazích?	Ano: 46	Ne: 38	Nevím: 21
	(Celkem: 59)		
7. Opustili jste nějaké pro Vás důležité sociální, pracovní nebo rekreační činnosti v důsledku používání kortikoidů?	Ano: 84	Ne: 17	Nevím: 4
8. Opakovali jste užívání kortikoidů navzdory vlastnímu ohrožení nebo pokračovali jste v užívání navzdory povědomí o tom, že užívání zhoršuje nebo způsobuje vlastní somatické nebo psychické problémy?	Ano: 53	Ne: 48	Nevím: 4
9. Měli jste potřebu zvyšovat dávku pro dosažení žádoucího účinku?	Ano: 83	Ne: 19	Nevím: 3
10. Rozvinuly se u Vás odvykací příznaky, které bylo možné zmírnit jen použitím další dávky kortikoidů?	Ano: 92	Ne: 8	Nevím: 5

Tabulka 5 shrnuje výsledky z dotazníku, který byl předložen uživatelům facebookové skupiny, která sdružuje lidi s odvykacím stavem od kortikoidů.

Cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, jaká kritéria závislosti podle DSM-5 splňují uživatelé této československé skupiny. Tato skupina je soukromá a pro vstup do ní je nutné zodpovědět několik otázek týkajících se odvykacího stavu od kortikoidů.

Byl použit vlastní anonymní soubor dat získaný v období od 13. června 2022 do 31. července 2022. Výzkum musel být schválen také správkyní skupiny a účastníci byli na něj třikrát upozorněni. Zúčastnilo se 105 respondentů, což tvoří zhruba 12% návratnost. Použita byla diagnostická kritéria dle DSM-5, a to ke zjištění, do jaké míry je použití kortikoidů v léčbě primárně atopického ekzému ovlivněno návykem a závislostí na procesuálním chování. Dotazník obsahoval 10 otázek, které byly postaveny na 3 hodnotách – ano, ne, nevím (pro případ, že respondent nerozumí otázce nebo si není u sebe jistý odpovědí a nemůže se doptat).

Výsledky:

1. Hned u první otázky 96 ze 105 uživatelů, což je **91 %**, odpovědělo, že mělo naléhavou potřebu a nutkání k použití kortikoidů.
2. 100 uživatelů ze 105 odpovědělo (**95 %**), že strávili více času užíváním, opatrováním nebo zotavováním se z účinků kortikoidů.
3. 99 ze 105 účastníků tohoto výzkumu, tj. **94 %**, odpovědělo, že užívali kortikoidy déle, než zamýšleli.
4. 89 z nich (tj. **85 %**) si přálo ukončit nebo alespoň omezit užívání kortikoidů, ale bez úspěchu. U této otázky je poměrně vysoká hodnota u odpovědi „Nevím“. Příčinou mohlo být zeugma, ve kterém se společnou vazbou spojují členy, v nichž každý má vazbu jinou. Jednalo se o konflikt významových spojení „přáli jste si neúspěšně“ a „neúspěšně omezit“ (to je správná varianta). Otázka měla být formulována například takto: „Přáli jste si někdy omezit nebo přerušit užívání kortikoidů, ale bez úspěchu?“ Na tuto dvojznačnost jsem byla jednou respondentkou v době otevření dotazníku upozorněna a vše bylo uvedeno na pravou míru, takže respondentka mohla na otázku správně odpovědět.
5. 86 respondentů (**82 %**) uvedlo, že nezvládalo pracovní, domácí nebo školní povinnosti v důsledku užívání. Odpovědi na tuto otázku by stály za obsírnější rozbor a mohou být předmětem dalšího bádání. Jsou totiž tací respondenti, kteří mají jen školní povinnosti, další

mohli mít možnost domácí léčby bez nároků, ostatní museli například dále docházet do zaměstnání. Odpovědi se budou lišit také podle toho, zda má dotyčný partnera, děti, komorbidity, jakou má sociální situaci aj. Není také specifikováno, co se považuje např. za domácí povinnosti – to může být vysoce individuální.

6. Nejzajímavější je odpověď uživatelů na otázku, zda pokračovali v používání kortikoidů i v případě problémů v sociálních vztazích. U této otázky také není specifikováno, co vše se myslí sociálními vztahy, pojem se může jevit být příliš abstraktním, každý si tedy může představit něco jiného:

46 (tedy menšina – **44 %**) odpovědělo, že ano, 38, že ne, a zbytek, 21 respondentů, tedy celá **pětina** respondentů, nevěděla, jak odpovědět. To je poměrně vysoké číslo, ale nikdo se nedoptal, ač měli možnost. Důvodem mohlo být, že jednoznačně nerozuměli pojmu „sociální vztah“, neboť to může být téměř jakýkoli vztah. Pravděpodobně však na pojem bylo nahlíženo jako na rodinu blízkou i širší, přátele a známé, včetně kolegů nebo spolužáků. Z výsledků plyne snaha o uchování právě těchto vztahů, pokud to bylo možné.

7. 84 účastníků (čili **80 %**) odpovědělo, že opustili pro ně důležité sociální, pracovní či rekreační činnosti v důsledku užívání kortikoidů. Tato oblast se již nejeví tak abstraktně, jako tomu je u předchozí otázky. Jednoduše se jedná o koníčky a záliby, popřípadě pracovní činnosti, kterých se respondenti, ať chtěli, či ne, museli vzdát, protože jich nebyli ve svém stavu schopní. Ať tak, či onak, jedná se o poměrně vysoké číslo a svědčí o tom, že nad některými projevy nebylo možné zvítězit.

8. Další otázka se týkala používání kortikoidů navzdory vlastnímu ohrožení, ač uživatelé věděli, že užívání zhoršuje přítomné fyzické či psychické problémy. Jedná se o spojení dvou na sebe navazujících otázek.

Jen mírně nadpoloviční skupina respondentů odpověděla, že je používala i přes zhoršování problémů (53, tedy **50,5 %**), pouze o něco menší část (48, tedy 46 %) odpověděla, že je v tom případě (už) nepoužili. Jen 4 z nich odpověděli, že nevědí. Otázka se mohla jevit spojením těch dvou příliš komplexní, moudřejší řešení by tedy asi bylo bývalo ponechat je v původní podobě. I tak mají odpovědi na tuto otázku ale vysokou výpovědní hodnotu. Pro přesnější odpovědi by se nabízelo šetření charakteru konkrétních problémů – jestli se jednalo o spíše psychické, nebo somatické těžkosti, jakým způsobem se projevovaly a u jakých skupin obyvatelstva toto bylo zaznamenáno. Rovněž otázky na věk, pohlaví, snad i vzdělání by přinesly zajímavější pohled na věc. I toto může být předmětem dalšího zkoumání.

9. 83 (tj. **79 %**) respondentů mělo potřebu zvyšovat dávku pro dosažení žádoucího účinku, oproti 19, kteří odpověděli, že ne. U většiny tedy docházelo i ke zvyšování tolerance.

10. Poslední otázka se týkala toho, zda se u subjektů rozvinuly odvykací příznaky z vysazení a zda ty bylo možno zmírnit jen opakovaným podáním kortikoidů – 92 z nich (**88 %**) odpovědělo, že ano, 8 odpovědělo, že ne, 5 nevědělo.

Závěr:

Ptala jsem se pouze na základní diagnostická kritéria, ale zastavila bych se u otázek 6 a 8. Více než polovina respondentů sice odpověděla, že pokračovala v užívání i přes problémy v sociální sféře, ale 38 z nich odpovědělo, že ne. Lehce nadpoloviční většina (53) odpověděla, že kortikoidy používali dál, navzdory svému ohrožení, bez významu však není právě zbylá, téměř poloviční skupina, která nechtěla ze svého zdraví už obětovat nic navíc.

Všechna kritéria jsou téměř jednoznačně splněna, ale tato dvě významně zaostávají. Zvláště výsledky z otázek 6 a 8 by tedy stály za bližší prozkoumání.

Pokud bychom chtěli změřit, nakolik jsou u této skupiny respondentů naplněna kritéria závislosti, mohli bychom použít aritmetický průměr, tj. jednotlivé souhlasné hodnoty v % sečíst (91+95+94+85+82+44+80+50,5+79+88) a tento součet (788,5) vydělit počtem otázek (10).

Míra naplnění kritérií závislosti v tomto výzkumu je 78,85 %.

3.7.2. Výsledky kvalitativního výzkumu

Kazuistiky jsou rozděleny do následujících celků:

Situace výchozího bodu

Anamnestická data

Život s kortikoidy a historie užívání

Doplňující otázky, případně dodatek

3.7.2.1. Kazuistika číslo 1: Adéla

Situace výchozího bodu

Žena, 38 let, s historií užívání lokálních kortikoidů pro atopický ekzém. Dlouhodoběji neměly požadovaný terapeutický účinek, ať je užívala, nebo nikoli, byla jí tedy indikována biologická léčba Dupixentem, na které nyní je 3 měsíce a na terapii až na mírné potíže (konjunktivitida, herpes) prosperuje. V době rozhovoru je klidná, orientovaná v čase i prostoru, spolupracuje.

Anamnestická data

Adéle je 38 let. Prodělala běžné dětské nemoci (varicella, příušnice). Podstoupila pro urogenitální potíže a infekce chirurgické rozšíření uretry, konizaci děložního čípku a poporodní revizi dělohy. Udává hypotenzi a v těhotenství měla obtíže se žlučníkem. Užívá hormonální antikoncepci a od té doby prý trpívá migrénami. COVID-19 prodělala a vakcínou byla očkována ve dvou dávkách, na další jít nechce, po poslední aplikaci udává exacerbaci atopického ekzému, pro který užívala kortikoidy a který má od 3 let.

Udává alergii na penicilin, tetracykliny, Biseptol, Detralex, po antidepresivech (Sertralin a Ciprox) měla erytém a po ořechách anafylaktický šok. Do 30 let kouřila 20 cigaret denně, u alkoholu přiznává, že ho kdysi bylo více, nyní příležitostně. Kávu nepije.

V současné době užívá Dupixent a hormonální antikoncepci Stodette.

Bydlí s manželem a dcerou v pronájmu v bytě, nyní nastoupila po rodičovské dovolené do práce jako referentka a má přiznaný částečný invalidní důchod.

Má jednoho bratra (rozvoj schizofrenie pravděpodobně v rámci posttraumatické stresové poruchy po smrti dědečka roku 2007, který měl rakovinu střev a zemřel po krvácení do mozku). Matka trpí hypertenzí a atopickým ekzémem, otec trpěl epilepsií a zemřel na plicní embolii, což Adélu velmi traumatizovalo. Babička má diabetes mellitus 2. typu.

Adéla má 3letou dceru, jejíž porod proběhl pro nepostupování vaxem a u které bylo vysloveno podezření na juvenilní idiopatickou artritidu, což Adélu velice trápí.

Život s kortikoidy a historie užívání

Adéla má ekzém již od dětství, prvním místem výskytu byly **kubity**: „*V podstatě ekzém se projevil ve 3 letech, takové ty loketní místa. Lokální loketní, podloketní. Ty kortikoidy jsem měla taky pouze vlastně v mastech, čili lokálně.*“

Dlouhodoběji Adéla projevy ekzému neměla, a to „*...až do nějakých 18 let, kdy se to tedy začalo projevovat na střední škole a taky shodou okolností po nasazení antikoncepce, tam to tedy pak jelo ruku v ruce i s gynekologickými potížema a měla jsem teda postupně od kožních lékařů víc a víc silnější masti, kdy jsme se vlastně dostali ne k injekcím, ale k orálním tabletám. To byly Triamcinolon tablety, ty jsem měla ještě ve třetíáku, asi půl roku, a to jsem pak teda zažila opravdu těžké vysazování, to nešlo vůbec vysadit.*“

To bylo zároveň období, jak se Adéla rozpomněla později, ve kterém měla silný **traumatický zážitek**, spojený se strachem o život svůj a svých blízkých: „*První flíčky se mi vlastně začaly objevovat tak týden potom...*“

Po změně prostředí a nástupu do práce začala chodit na imunologii a měla klidnější období. Zvrat nastal pak **po smrti otce**, kdy se začaly množit hospitalizace, ale Adéla zatím stále věřila, že jí kortikoidy pomohou: „*To bylo nějak asi po smrti táty, 2014, ne, nějak, 2016, no, to teda přišlo opravdu s dlouhou odmlkou, ale o to razantněji. A to už pak začaly ty hospitalizace a nejdřív tedy ambulantní injekce, Hydrokortizon... kdy jsem už začala opravdu zjišťovat, že to mazání tam opravdu probíhalo ve velkém, že jo, od hlavy k patě, a bylo tam samozřejmě i po přijetí a následně i za toho ležení i ty injekce, které samozřejmě zázračně to všechno stáhnou, ale ten stav se potom velice začal zhoršovat už v podstatě hned po propuštění, takže to tam probíhalo, už takové ty první hospitalizace na té střední... A vlastně zase bylo jediný řešení, protože jsem tomu pořád věřila, těmi lokálními mastmi, které... pak teda byly už jako silnější, no, už to nebyly ty míchaný, ale už opravdu jsem jela ten Belogent, což mi přijde úplně... Nejhorší asi. Co mi udělal ten Belogent, no. Protože si myslím, že i spolu s tím antibiotikem a... To byla... To byla síla. Pak teda byla ta pauza vlastně...*“

Nástupem do práce nastal Adéle klidnější čas, ale později vysadila antikoncepci a chtěla založit rodinu. V tuto dobu se projevy generalizovaly, a to je také období, kdy začala zpochybňovat účinnost a vhodnost léčby kortikoidy a začala **hledat**, co se děje: „*to nejhorší pekličko začalo teda po vysazení antikoncepce a zkoušení vlastně těhotenství. A to v podstatě z lokalizace ekzému na obličej asi ze 3 fleků jsem se pak dostala, jak jsme se seznámily, na generalizovanou těžkou formu, kdy opravdu jsem musela i odejít z práce a nešlo už vůbec nic a tam probíhaly už nejen Hydrokortizon, ale i Diprophos, což je taková už opravdu silnější injekce, Solumedroly a tam... tam jsem vlastně začala hledat, pátrat, co to je, co se děje, že to vlastně nebylo vůbec už možný fungovat jako takhle...*“

Přes pochybnosti stále kortikoidy používala a všímala si **rychlého návratu příznaků** (rebound fenoménu): „*...pořád jsem chodila na další a další, protože vlastně jsem si vždycky myslela, jak to vydržím bez toho, ale nešlo to prostě dokázat, nešlo to... Nešlo to vydržet to celé tělo, takže tak pak... to bylo hodně těžký, no. Takže tam pak zase proběhl Prednison... To vysazování, to bylo úplně pak nejhorší, toho Prednisonu...*“

Ačkoli v době rozhovoru se na **odvykací stav** hůře rozpomíná, protože jí je teď dobře (a o to víc si toho váží), popisuje jej takto: „*No bylo to... V podstatě opravdu do pár hodin, i po třeba 800, osmdesátce toho Solumedrolu vlastně, zase celé to tělo, že jo, strašná suchost, rudost, slitost, horkost, mokvání, bolest... Celá seschlá, nemožnost pohybu vlastně, psychika i ta termoregulace, spánek nula. Zároveň strašný, že jo, taky chutě na tom, na těch kortikoidech, a že člověk do sebe naládoval kdeco a nešlo to, no, to byly návaly prostě brečení, ta psychika bylo na tom to nejhorší. Co dál bude, jak budu chodit do práce, jak budu... Taky nutnost těch horkých sprch, na to jsem úplně zapomněla, že to ustavičné svědění, svědění celého těla, prostě tam to musí působit nějak na tu nervovou soustavu, protože pomohlo si to vypálit tou horkou vodou, zároveň se promazat, pak by si to člověk zároveň hned zase smyl, protože to ucpalo, že jo, takže, to jsme se shodli asi s více lidma, že doma člověk tak nějak víceméně v ručníku, nahej. Bez sebevědomí. No hrozný, hrozný stavy to jsou a... je to jako takové nepřenositelné, ale pro ty lidi, co to prožili, jenom vědí. A vlastně i ta myšlenka, že víš, že jsi v tom začarovaném kruhu, a že vlastně vůbec nevíš, jak z toho ven? Jediná cesta je zase ta injekce, nebo prostě to vydržet, což prostě taky nešlo, a už, už to pak někde, i oni sami to říkali, že vlastně dlouhodobě bejt v tom zánětu je taky jako špatně, že jo. Pak tam můžou bejt ty infekce, herpes infekce různý, zanést si něco a to tělo to taky jako dlouhodobě nezvládá, když je to celé tělo, a není tam ta termoregulace, tak opravdu klobouk dolů před tím, kdo to takhle odloží sám a zvládne to.*“

Adéla se pak i s pomocí psychologů snažila snižovat dávky, ale pak „otěhotněla v rámci toho Prednisonu, ten tomu asi teda pomohl, protože jsem měla v podstatě problémy s cyklem, ale ten tomu pomohl... To se pak teda začalo taky bouřit, ale už jsme jenom mazali, no. Tím vlastně se to pak postupně, postupně snižovalo.“

V rámci odvykacího stavu „zkusila asi úplně všechno“ a utratila „tisíce a tisíce Korun“. Konkrétně ale používala „**zinek, ichtamol**, to jsem jela... **Vitamíny**, že jo, **děčko, stravu**, zkoušela jsem **vyřadit mléko, lepek, cukr**... Takže jsem byla protivná... Hladová... Nic nepomáhalo. Nemělo to – v této fázi – opravdu, za tím si stojím, ve fázi, kdy opravdu je tam nadmíra toho kortikoidu, tak žádná tadyta opatření. Pokud to teda není prokázána, ta intolerance, což jsem pak měla třeba po tom těhotenství. Tak tam mi třeba to mléko pomohlo, ale v týhle fázi vůbec jako. Jedla – nejedla – a stav byl úplně stejnej a to se bavím o týdnech, měsících a ne jako že bych to zkoušela 3 dny. To jsem jako na tohle byla docela striktní. A bez efektu úplně, takže... Pro mě i bylo lepší se najíst pořádně. A hodně teda ty **Dithiadeny**, to jsem fakt měla jako lentilky. Na bolest **Brufeny, Algifeny** kapky jsem zkoušela. A takhle to mazání pořád no. **Lenienska** a ty **Biodermy** drahý, různý ty kapky jsem koupila, **biorezonance**... Tam možná taky trošku efekt jsem viděla. Co jsem to ještě zkoušela? No, ty koupele, **jedlá soda, mořská sůl, Epsom**... Ta jedlá soda možná trochu na to svědění, ale to bylo opravdu nejbrutálnější, tam fakt nejlepší pro mě bylo zatáhnout a zaspat to, prostě **spát a nebejt a neexistovat**, zaspat to a zalézt někam, takže ten mozek, když se to **odeplo ta přítomnost**, tak to jediný, a pak se člověk tak nějak probudil zmlácenej, ale rozškrabanej, ale aspoň to zase třeba na chvíli nesvědilo... Se začnu drbat ještě... Pak i nějaké ty benzáky tam byly, ten **Lexaurin, Atarax**... No a s tím pak ruku v ruce šly ty žaludeční koliky, **bolesti žaludku**, no a pořád ta **psychika**, to bylo opravdu největší **dno**, co jsem kdy zažila. A samozřejmě **vztahy**, že jo. Vztahy doma, vztahy v práci. Takže jak z toho ven, no.“

Adéle v tomto stavu pomáhalo prostě přežít den po dni, což pak bylo těžší a těžší, protože už měla dceru. V době našeho rozhovoru byla ale Adéla již 3 měsíce na Dupixentu a „do týdnu je všechno úplně jinak. Takže žádné svědění, žádné tyhlety pocity, jako to, co mě zaměstnávalo 24/7, není, takže já ten problém vůbec nemám v hlavě, vůbec nemusím nic řešit, nic kupovat. Nemusím se mazat, v podstatě mi to i vadí to mazat. Takže i po finanční stránce, psychická stránka, sociální stránka, doháním prostě život, žiju život bez kortikoidů. Zázrak. Jo, samozřejmě nějaký ty drobný problémy s očima, ale tohle se prostě nedá popsát, protože

tam nevidím ten vedlejší účinek jako u toho kortikoidu, kdy fakt byla ta atrofie, a vlastně jak se to říká ten dobrý sluha, zlý pán, pak přišel ten zlý pán.“ I toto se však, jak jsme se shodly, může do budoucna změnit.

Následujícím krokem bylo dotazování na **kritéria závislosti dle MKN-10** (kritérium **odvykacího stavu** je splněno).

Craving: „*No, tak určitě, tam to bylo hlavně o tý psychice, že jsem to prostě musela udělat, jako namazat se... Spíš i takový to, že vlastně jsem si nedokázala představit i být bez toho, jo, že vlastně jdeš i na návštěvu s kelímkem, dáš si ho do lednice, že vlastně by jsi nedokázala, protože když se něco rozjede, musíš to hned tlumit, takže...“*

Ztráta kontroly: „*...třeba i v rámci toho těhotenství jsem dostala palby, ale v druhé nemocnici říkali, že v žádném případě jsem tohleto dostat neměla, takže tam ta nadmíra jde od nich. A když jsem třeba po konci hospitalizace odcházela čistá, protože jsem byla – zaléčená – zamazaná – tak stejně mi tam třeba jeden doktor chtěl dávat ještě Diprophos, ač věděl, že chci otěhotnět. Tak jsem říkala, proč zase Diprophos, když to je opravdu velmi silná injekce, když jsem toho času bez ložiska po namazání? V uvozovkách bez ložiska, protože je to tím skrytý, ale... Takže tam to šlo spíš z jejich strany a já někdy samozřejmě jsem to zdvojovala a – jó, určitě ledacos jsem si uvědomila, že jsem zkoušela, nebo že jsem věděla třeba teď – ta poslední aplikace do obličeje. Dávala jsem silný Elocom i neředený, ale tam v podstatě ta síla... On to v podstatě dělá i ten slabý, že jo i ten naředený, i v podstatě pro dítě, co jsem měla, tak vždycky tam přijde ta daň, to zhoršení, takže jsem si vědoma toho, že určitě tam ta nadmíra byla i z mé strany – hlavně v tý pubertě teda, kdy jsem chtěla do školy, že jo...“*

Zvyšování dávky/síly k dosažení účinku: „*V některých fázích určitě ano, určitě 2x oproti té injekci jsem to měla, i samozřejmě takhle předepsáno, i sama určitě jsem věděla, že ten Belogent udělá... Jako teď už třeba by mi vůbec nepomáhal, ale v tu chvíli... Určitě je to... Že jsem sáhla po tom silnějším.“*

Kortikoidy v popředí zájmů, zanedbávání, rodiny, vztahu, koníčků: „*Spíš ten stav... No jako samozřejmě no, určitě. Tak jako člověk nežije ničím jiným, než... Jak se namaže, no... Vzalo to všechno.“*

Pokračování v užívání i přes škodlivé účinky: „*Musela jsem – tam nebylo cesty, to bych jako musela ležet opravdu pořád hospitalizovaná. Pokračovala jsem, ano. Ono pak to dělá*

*takový, že jo, někdy trošku ty **cykly**, že - i když je to celý slitý, tak pak se to může třeba trošku tím silnějším zase, že jo, stáhnout, ale o to víc se to pak zase... Jo, toho jsem si vědoma, to asi každé z nás jako... mi potvrdí určitě.“*

Výsledek: 6/6: Syndrom závislosti na kortikoidech

Doplňující otázky

Jak probíhalo předepisování kortikoidů?

ZK: *„A když jsi měla třeba předepsaný ten Belogent, za jak dlouho jsi ho dokázala vymazat? Tu jednu tubu?“*

Adéla: *„Asi za ten týden.“*

ZK: *„A doktoři furt předepisovali?“*

Adéla: *„Hm, tam jako z jejich strany nebyl nikdy problém.“*

ZK: *„A to byl furt ten samý doktor?“*

Adéla: *„I samý, i různý, tak záleží, že jo, když jsem chodila třeba do (zařízení), tak jsem chodila k jednomu. Tam třeba v těch menších trošku spíš byl problém to promazávání, ale to oni, jak mají na to nějaké ty... dávky, že jo, nebo co jim proplatí pojišťovna, tak tam trošku samozřejmě to, ale v té **nemocnici**, tam se to **úplně ztratilo**, tam není problém... napsat 5 Elocomů a... ty kila promašťovadel, což je zase jako pro toho atopika ve špatným stavu výhoda, ale samozřejmě pak se to dá i zneužít a je to už takový nekontrolovatelný. A vůbec... bez efektu, že jo.“*

Jaký je tvůj názor na kortikoidy nyní?

*„To je tak strašně těžký, když je ti tak dobře. Tak jako nejsem úplně ten fanatik „Ne.“ Jak jsem říkala, **zachraňuje to životy**, určitě jo, protože... pokud bych měla samozřejmě nějakou... jako ten anafylaktický šok na nějakou ořech třeba, tak jako si to samozřejmě dáš... Jinak... No bez toho no, určitě. Dělán všechno pro to, abych to nepoužila. Protože tam nejde, nejde to malé množství – no, kdyby to šlo, tak prostě – já to mám fakt **jako drogu** víc a záleží na víc*

těch faktorech, samozřejmě, v jakým jseš prostředí, psychika, všechno... A... prostě... nevim no. Neumim si představit, že by se nedalo pak zvyšovat to množství. Že by ses mázla jednou měsíčně. Tak by to tělo možná zvládlo, ale já, jak jsem si tím prošla, tak tomu prostě nevěřím, že by to takhle šlo, takže... můj názor je teda velký zlo a jako mělo by se začít u těch lékařů, tam to začíná, ta **neinformovanost, ta nadmíra jejich a je tam úplně něco špatně**, tam je úplně něco špatně učený, protože ty mladý ti řeknou, že nic jinýho vlastně není, jenom pak ta biologická léčba nebo ten Cyklosporin, že jo. Přitom zinek mnohdy funguje mnohem lépe nebo i ten ichtamol vlastně úplně rovnoměrně, stejně jako ten kortikoid, tak to bych se zaměřila no.“

Bylas někdy některým kožním lékařem upozorněna, že není vhodné mazat se kortikoidy déle než 14 dní v kuse?

„No oni to v podstatě říkají tak jakoby vždycky zvláště jako... No a teď už, teď už pomalu se jako jenom promazávejte... Ale u těch chroniků v podstatě – tak oni vědí, že tam jdeš, mažeš se třeba 3 měsíce v kuse, jseš... jseš zoufalá... Ted' tam jdeš na hospitalizaci – a co oni udělají? **Od hlavy k patě tě namažou**, namažou tam i **bílý místa**, vůbec to neřešej. Naopak já jsem byla za hysterku, že jsem nechtěla ty bílý místa, že jo, vezmu si rukavici a že to je špatná léčba, když vlastně jakoby nespolupracuješ – říkám, ale já spolupracuju, ale mazala jsem se ted'kon x měsíců už doma dle instrukcí jako vašich a nedošla jsem teda k závěru, že by to šlo potom... já se tomu musím **smát**... vysadit jako. Protože to prostě vysadit nejde, no. Možná po nějakým moři, že jo, nebo po nějaký slabý chvilce... To šlo, ale... Vždycky se to k tomu zase vrátilo, no. Takže ta **informovanost je u nich taková... polovičatá**, no. Nejsem s tím tedy jako spokojená.“

Chceš něco dodat?

Adéla: „Já v podstatě vím, že každej je zodpovědný za svoje zdraví a za sebe, jo. To jako respektuju. A že jsem taky určitě udělala hodně chyb, i co se těch kortikoidů týče, ač prostě člověk závislejší jako – jak za to vlastně můžeš, no? Jako jseš fyzicky závislá, ale... Co mi fakt strašně bralo sebevědomí a **bezmoc** a všechno, je i to o těch povědomí těch lékařů, že vlastně neuznávají ten red syndrom, **neuznávají vlastně tu závislost, jo, a pořád léčí ekzém**. A to by se mělo rozlišovat... (...)Takže jinou cestu už... Uznávejte to a... Ne hned tu sílu zvyšovat, ta injekce a... Pojd'me spíš fakt do těch zinků, ichtamolů... I ta biolka, i ta biolka se koneckonců dává dětem. Už ted'kon začínají těžký případy. Proč ne jako? Takže díky tomu se snad zbavím té závislosti v podstatě...“

ZK: „Pojmenovala bys to tedy sama jako závislost?“

Adéla: „Tak jako fyzicky i psychicky určitě, jako. Pojmenovala bych to. Co jinýho by to bylo prostě? To tělo chce víc a víc, a když chce **větší, silnější dávky, nemůže bez toho žít**... Je to klasická... A jako pak ty příznaky, klepání se, opravdu stavy brečení, klepání se, fakt ta fyzičnost, tak to bych fakt přirovnala asi... Jako nikdy jsem v životě neměla herák, ale myslím si, že takhle nějak se oni musejí cítit, plus samozřejmě mají nějaký křeče, další hrozný věci, ale... Jako proč to... bych to nerozlišovala. **Prostě závislost.** Je to hrozný. Chce se mi úplně brečet z toho. Hnus.“

3.7.2.2. *Kazuistika číslo 2: Marek*

Situace výchozího bodu

Muž, 30 let, s historií užívání lokálních kortikoidů pro atopický ekzém. V současné době je 7 měsíců bez kortikoidů (neměly požadovaný účinek, naopak měly mnoho nežádoucích účinků), s občasným užíváním Protopiku nebo Indulony, nejvíce ovšem vyhovuje No Moisture Therapy. Kromě atopického ekzému se léčí s úzkostně depresivním syndromem. Kůže je objektivně místy zarudlá, místy sušší. Jsou lepší dny a horší dny, ale době rozhovoru je klidný, orientovaný v čase i prostoru, spolupracuje.

Anamnestická data

Markovi je 30 let. Nevybavuje si, že by prodělal běžné dětské nemoci, ale v roce 2016 následkem nešťastné události (pád z velké výšky) u něj došlo k polytraumatu. Měl zlomený nos, prasklou očníci, lebku, čelní i spánkovou kost, rupturu vazů na obou kotnících, oteklou míchu a prodělal mrtvici za dočasné ztráty zraku a hybnosti. Již dříve podstoupil operaci křížových vazů a později odstranění hemoroidů (v době užívání kortikoidů). Udává hypotenzi, postkomoční syndrom a HPV. Proti COVID-19 byl očkován ve dvou dávkách a onemocnění prodělal. Několik týdnů po něm pravděpodobně v rámci postcovidového syndromu došlo u něj k exacerbaci ekzému, která si vyžádala další a další léčby kortikoidy. Ty ale poprvé, pokud si je vědom, užil ve zdravotnickém zařízení, po úraze v roce 2016.

Udává alergii na plísňe a pyl. Kouří 20 cigaret denně, do roku 2015, kdy prožil také měsíční pervitinovou, roční marihuanovou epizodu a několik experimentů, alkohol požíval hodně, od té doby abstínuje. Pije 4 šálky kávy denně.

V současné době užívá Venlafaxin, občas kolostrum, omega-3 mastné kyseliny, zinek, B3 nebo běžný multivitamin.

Žije s přítelkyní v pronajatém bytě, pracuje jako obchodní konzultant a má přiznaný částečný invalidní důchod.

Má sestru, která je zdravá, a rodiče s úzkostnou poruchou. Bratr babičky měl rakovinu plic, jinak je rodinná anamnéza nevýznamná.

Život s kortikoidy a historie užívání

Markovi se poprvé objevil ekzém ve zdravotnickém zařízení **po vážném úraze** a prvním místem výskytu byly **kubity**: „...*vlastně se mi objevily první známky atopickýho ekzému v jamkách na ruku, kdy vlastně jsem měl, řekl bych, úplně malinkej jako ekzém, prostě nic hroznýho... (...) v ten moment bylo jako přirozený, aby mi to zmizelo, že... teda kortikoidy namažeme na tu postiženou část... (...) strávil jsem tam 7 měsíců, měl jsem to prostě nahoru, dolů, to znamená, že někdy to bylo lepší, někdy to bylo horší, ale vždycky jsem to řešil tak, že jsem prostě se namazal těma kortikoidama.*“

Následně měl Marek poměrně dobré období, měl ekzém trochu na ruku a zdálo se mu, že se to mírně zhoršuje, ale nemazal to kortikoidy, „*protože jsem prostě jako to pokládal za nedůležitý. Respektive jako že mám ekzém, ale nějak jsem to neřešil. A pak najednou jsem se jako osypal na břicho a začal jsem jako řešit, šel jsem právě ke kožnímu, a ten mi řekl, že prostě to je nějaká jako věc, která se občas stává... (...) že je to nějaká... ne, že nemoc, ale že je nějaký jako syndrom rádooby osypání, kdy prostě se to stává při oslabenější imunitě.*“
V tuto chvíli to Marek neřešil, uklidnilo ho, že je to normální.

Poté zkoušel nová **antidepresiva**, která mu nezabírala, a ten čas pro něj byl velmi **stresující**, což se víc a víc projevovalo na kůži, takže použil ještě nějaké kortikoidy, které mu zbyly ze zdravotnického zařízení: „*Takže ještě jsem to vlastně mazal tím. No. Takhle to nějak jako šlo, vždycky jsem to měl jako horší, jako slabší, horší, jo, jak kdy. Záleželo prostě na období, v jakým jako stavu psychickým jsem se cítil nebo co zrovna jsem jako řešil a tak dále... No a vlastně **zlom** nastal v momentě, kdy jsem dostal **covid**, to bylo vlastně v období covidu... Kdy to bylo na začátku, to znamená úplně ta první vlna. Ne ta na jaře, pak byla vlastně pauza a pak byl podzim. 2020.*“

Byl překvapený, ale rád, že byl průběh lehký, ale asi za měsíc nebo měsíc a půl začal „*mít zničehonic **hrozný stavy**, a nejenom jako psychický, ale hlavně začal jsem se přesně **potít**, hrozně potit, hrozně **drbat**, ale po celým těle, ne? Najednou prostě jsem měl pocit, že... Já nevím jako, vždycky jsem jako trpěl na úzkosti, ale tohle jsem viděl, že to není jako úzkostnej projev, že to je **fyzickéj projev, kterej jsem jako do té doby neznal**. A najednou prostě jsem se probudil a **celej červenej**. Jo. A najednou jsem jako nevěděl, co se jako děje.*“

K mazání kortikoidy přistupoval jako „*když si bereš Paralen. Jó, že prostě bylo ti zle... Teda já třeba s Paralenem vlastně ani nenakládám, což je zajímavý, ale dejme tomu, že jsou lidi, který prostě mají Paralen, když jim je zle, nebo Brufen, tak prostě si dají Brufen, na hlavu, a je jim líp. Tak takhle to samý já jsem měl s kortikoidama. Prostě – **měl jsem ekzém**, bylo to horší, **tak jsem to prostě namazal**, jó. Neřešil jsem to, protože za pár dní to bylo pryč, že jo. Nebylo to v žádným jako rozjetým stavu a prostě bylo to v pohodě... (...) jenže **covidem se všechno změnilo** a skutečně jsem se probral a normálně v noci začaly **noční pocení**, začal jsem prostě mít **svědivý stavy**, jó, ale opravdu jsem dostal **zápal do celého těla**. To ještě nebylo na obličej, což je taky zajímavý... takže vlastně prvotní, co vlastně bylo, tak byly samozřejmě ty **ruce**, kde to začínalo, pak začaly jakoby **podkolenní jamky** a pak vlastně se to rozšiřovalo dál do celého těla, kdy vlastně pak jsem měl pocit, že to mám snad na **celém těle**, ale – ale na obličej to nebylo. Na obličej se to vlastně objevilo až postupně.“*

Dodává, že v té době chodil na různá vyšetření a začal se bát, protože „*viděl, že jako ekzém může bejt jako nepříjemnej, ale v životě jsem si nemyslel, že to je jako takhle špatný.*“

Zkoušel různé diety a dodává: „*Myslím, že jsem byl u svý praktický lékařky, ta mi říkala, že mi nepomůže, že to musím řešit u kožaře. Takže jsem šel ke kožařovi do (nemocnice), myslím. Tam mi teda dali první kortikoidy a pak jsem vlastně... Pak jsem vlastně vždycky, když jsem potřeboval, tak jsem tam **zavolal a poslali mi je**. To bylo celý. Ale já jsem nikde nebyl evidovanej, já jsem to vždycky chodil jako na... jako na pohotovosti s tím ekzémem. To znamená, že vždycky jsem chodil na pohotovosti a tam mi to vždycky předepsali. Když to bylo třeba v rodném městě, protože to bylo ještě období lockdownu, a nebyl jsem třeba tady, a byl jsem v rodném městě, tak jsem si našel kožaře tam. Přišel jsem tam s tím, ten mi prostě řekl, že proč vyšiluju, o co mi jde, že to je prostě normálně atopické ekzém. Já říkám, že **to není normální**, že jsem to neměl prostě od malička... (...) ona mi řekla prostě, co vyšiluju, že tady mám (...) masti, a ať se prostě mažu. No tak to byly vlastně ty začátky, ale rychle se to vlastně dostalo do té fáze, že jsem se vlastně **celou dobu mazal kortikoidama**, prostě zkoušel jsem ty příručky prostě typem **3 dny mazat, 3 dny nemazat**, pak to **snižovat**, ale bohužel jako efekt to mělo nulovej... (...) potom se to začalo vracet ve větší míře a dospělo to do fáze, kdy vlastně já jsem jel do nemocnice právě, kde jsem jako byl na injekci kortikoidový – a ten mi jako řekl rovnou, jestli si tam jako nechci poležet a tak dále, že jestli tam nechci zůstat.“ Marek tam ale nezůstal, protože se dozvěděl, že by ho stejně pouze mazali kortikoidy: „*to pro mě bylo úplně vtípný, jakože tohle mi řeknou, že si mám jít někam lehnout, aby mě někdo mazal dvakrát denně, nebo třikrát. Tak jako to jsem postrádal smysl.*“*

Nějakou dobu si Marek zkoušel zjišťovat, co by mu mohlo pomoci, a kromě toho si všimal neblahých účinků na **psychiku** – prožíval velké **kolísání nálady**: „Dlouho jsem to prostě bral a začalo mi to, začalo mi to lízt i na mozek... (...) někdy to byly stavy úplně nahoru, jó, že prostě **euforický stavy**... Protože, samozřejmě, že jo, když člověk má ten ekzém a je dole a je bez těch kortikoidů, tak jakoby se cítí hrozně dole. Všechno svědí, nespí, jo, všechno špatně. Ale pak najednou si je **dů**, tak najednou mu ten euforický pocit, může to být i tím, že to maže, a i tím, že jakoby to používá, že se mu to zlepšší, zatáhne se mu zánět... tak má prostě najednou jako pocit euforie, ale to trvalo vždycky pár dní. Takže takhle to **pořád bylo nahoru, dolů**... A pamatuju si, že právě že hodně jsem začal přemýšlet nad tím **vysazováním** v momentě, kdy už jsem jako začínal na těch rádoby **dojezdech**... jsem začínal mít pocit jakože **breku**. Jakože jsem normálně brečel.“

Popisuje rebound fenomén, ale **zlom** pro něj bylo, že má projevy už i v **obličejí**: „Normálně jsem si to vždycky máznul a jako vedlejší efekt jedinej, kterej byl po tom vysazení, tak bylo, že se mi to vlastně – **chvilku vydrželo** a pak se mi to **zase zhoršilo**, vrátilo se mi to zase ve **větší míře**. Jenomže od určitý chvíle už to začalo bejt tak, né, že bych toho musel začít mazat víc, ale tím, že jsem to měl na víc jakoby částech těla a pak už i včetně **obličejí**, což pro mě bylo teda strašný... Obličej vlastně byl pro mě vlastně takovej zlomovej moment, kdy mě to začalo lámat i psychicky... protože v tom obličejí najednou jsem se nemohl podívat do zrcadla... (...) najednou měl pocit, že to vidí všichni, už to není jen jakoby **soukromá věc**.“

Dodává, že chtěl skončit s kortikoidy také kvůli přibírání navzdory dietě a cvičení: „Začal jsem přibírat ve smyslu toho, že jsem jako by držel hrozně vody. Ale ne úplně v obličejí, i když taky, ale cokoli prostě kolem **břicha**. Prostě celkově jsem začal držet hrozně **vody**, a to byla teda taky další věc, co mě hrozně štválo, a viděl jsem, že jako ty hormony nemám v sobě v pořádku“. Zdá se, že se mohl u Marka začít vyvíjet Cushingův syndrom.

Potom, co nebyl spokojený, „protože po pár prostě pokusech na různých klinikách, kde – zaprvý se ke mně chovali jako k praseti a zadruhé jediná jejich léčba byla prostě kortikoidy,“ začal chodit na soukromou kliniku, na které doktorka „ze začátku samozřejmě chtěla jít taky touhle cestou jakože kortikoidů, ale pak viděla, jak jsem striktně proti tomu a že už vlastně na tom jsem **závislej** a tak dále, takže ona vlastně se snažila najít ty metody.“

Zjistil, že mu vadí horko a sluneční záření, přemýšlí, zda si nevybudoval alergii (na druhou stranu občas užívá Protopic, což „ale přináší bohužel ty nevýhody, že jsem nemohl na sluníčko, že jo. Nebo minimálně. Když jsme někde byli, tak jsem musel mít deštník, že jo. No a prostě šílený jako. V tomhle módu jako bejt v létě je děs.“ Moře ale prý zatím nezkoušel. Je také rád, že se vyhnul systémovým kortikoidům ve formě tablet, protože „by to byla cesta do pekel.“

Vysazování kortikoidů pojal tak, že se „namazal, pak dva dny nic. Namazal jsem se – tři dny nic. Namazal jsem se, čtyři dny nic. A takhle jsem to prostě jel, až jsem to nakonec – byl to měsíc – a už jsem viděl, že už se nenamažu. Takže tohle jako by byla ta cesta z toho... (...) pořád se v tom plácám, ale je to zlatý oproti tomu, jak to bylo... (...)a nejlepší je prostě **nemazat to ničím**, no. To mi jako zabralo nejvíc. Třeba jako... Indulona jo, ale zase v menším množství, záleží, jak kdy, záleží prostě na jídle, na stravě, na stresu, prostě na spoustu faktorech... (...) já jsem vlastně hledal jakoby nějakou pomoc, vlastně v případě těch kortikoidů, v případě lékařů, ale... (...) doktoři vůbec jako v tomhle směru, co se týká jako kožních problémů, za mě, tak je hrozně **málo alternativ**, hrozně málo jako řešení, **jak můžou pomoci**, no. Takže to mě jako hrozně **zklamalo**.“

Po vysazování měl, jak sám říká, „**abst'áky**“: „Já jsem měl teda **podle mýho jen fyzický**. Nebo jako psychický... nedokážu říct, protože mně už pak s **těma kortikoidama bylo tak zle**, že **jako lepší to bylo bez nich**, takže jakoby nedokážu říct, jestli mi bylo bez nich hůř, jako psychicky... Ale... co se týká jako těch fyzických, tak typicky jako **pocení, průjmy nebo zácpa, suchá pleť nebo mastná pleť**... **Neklid**, no. Takový jako... (...)spánek... **potřeboval jsem víc spát**, ale nedokážu ti říct, jestli se mi zhoršil, nebo zlepšil, ale já jsem si z toho vlastně nedělal hlavu, protože jsem věděl, že použiju melatonin, a budu dobrej... (...) ale na těch kortikoidech jsem byl mnohem víc unavenej, mnohem víc. Vím, že jako jsem spal 10 hodin a byl jsem furt unavenej... (...) měl jsem to **přehozený**... měl jsem to přehozený v momentě úplnejch začátků, to jsem měl hodně přehozený. Že jsem vlastně chodil spát hodně pozdě. Hodně pozdě jsem chodil spát a vstával pozdě.“

Marek se vrací k dlouhodobému pobytu ve zdravotnickém zařízení a uvědomuje si, že neví, co mu vlastně všechno dávali, ale vzpomíná, že dostával morfium, a neví, zda to bylo z toho, nebo po pádu, ale „**potom jsem měl takový jako stavy, kdy jako se mnou cukalo tělo, ale nevim, z čeho to bylo**... (...) měl jsem prostě jakoby **výboje do celého těla**... (...)vnitřní **neklid**, vnitřní jakoby výboj. Jakoby že nohy, jako neklid nohou. Něco takovýho, na ten způsob. Ale to

je taky otázka, čím to jako bylo spojený. Ale pravda je ta, že vždycky jsem to měl jako spojený s ekzémem. A je pravda, že od té doby, co je neberu, tak to tak nemám. Takže to je taky jako otázka, co vlastně bylo způsobený téma kortikoidama, a co ne.“ Mohlo by se jednat o nervovou bolest. Dodává, že jeho mysl byla: „prostě rozjetá... mysl, neustále jakoby polarita a celkově jako nesoustředěnost hrozná.“

Následujícím krokem bylo dotazování na **kritéria závislosti dle MKN-10** (kritérium odvykacího stavu je splněno).

Craving: „Ano.“

Ztráta kontroly: „Dá se říct, že jo. Asi jo. Určitě, určitě.“

Zvyšování dávky/síly k dosažení účinku: „Jojo, jasně.“

Kortikoidy v popředí zájmů, zanedbávání, rodiny, vztahu, koníčků: „To úplně ne, ale... to úplně ne, právě že naopak, já jsem to vždycky... Jako ty priority mám jasný, ale pravda je samozřejmě taková, že mě znervózňovalo v momentě, kdy jsem věděl, že to nebudu mít. Nebo že toho mám málo nebo že to musím objednat. Když si to jakoby teď třeba, jak beru ten Protopic, tak to tak jako nemám, jo. To je taky vlastně jakoby jedna z věcí, co je jakoby „zdravější“, že prostě mám... Že u toho kortikoidu jsem to tak měl. Prostě byl jsem z toho nervózní. Když jsem to neměl nebo mi docházel, nebo jsem věděl, že to budu muset shánět. A zas volat jakoby lékařku.“

Pokračování v užívání i přes škodlivé účinky: „No jistě. Samozřejmě.“

Výsledek: 5/6: Syndrom závislosti na kortikoidech

Doplňující otázky:

Jak probíhalo předepisování kortikoidů? Dostal jsi je vždycky, když sis o ně řekl?

*Přesně tak. Byly doby, kdy byl problém, že jsem jich měl třeba velký množství, velká spotřeba. To se mi taky stávalo, že jsem dostal třeba **kbelík**, obrovské kbelík prostě... A měl jsem to spotřebovaný **za měsíc**, jo. To bylo jako strašný. A pamatuju si, že prostě vždycky jako říkali, „to není možný, Vy to už máte spotřebovaný už?“ Já říkám, „no ale já to mám po celým těle jako, Vy jste mi to dali, ať se s tím mažu, a já to mám prostě **od hlavy až k patě**, včetně*

obličej, včetně prostě genitálií, opravdu i genitálií, prostě všeho jsem měl ekzém.“ A prostě já jsem z toho byl v prdeli, že jo, byla to moje jediná **záchrana** v tu dobu, nebo neměl jsem to srovnaný, takže jsem to prostě bral jako věc, která mě vyléčí, která mi to přece jako pomůže vyřešit... Takže jako s tímhle byl problém, no. Teď jako byl problém v těch dávkách a ani vlastně už si zpětně moc nepamatuju, jak jsem zvládnul přejít na nějakou menší mastičku, jak jsem to zvládnul, protože vim, že jednu dobu jsem si fakt říkal... „Hele, to jako... **bez toho jako nedám ani den**“. Že prostě byly fakt jako dny, kdy – teda byly týdny, kdy jsem to fakt mazal dvakrát denně. A měl jsem prostě pocit, i když jako to nemám rád, ale měl jsem zase pocit, že nebudu to chvíli řešit, protože ono se to tady nedalo řešit furt, že jo. Protože člověk, přesně, byl na **houpačce**, měl pocit, že ten ekzém řeší pořád, jo. Třeba teď to řeším taky často, ale pořád jakoby tím, že to neberu, tak pořád jakoby se mi daří alespoň tu mysl překlopit do pozitivna, alespoň se soustředit na práci a tak dále. Kdežto s téma kortikoidama, když jsem je mazal pravidelně, byl jsem rádoby v tom **cyklu jakoby aplikace on and off**, tak to bylo mnohem horší. Mnohem horší byly ty stavy, kdy jsem byl bez toho, nemohl jsem se soustředit, nemohl jsem být v klidu, zhoršovalo se mi to, takže jako... Nevim, říkám, nevím, co by se muselo stát, abych se znova namazal.“

Jaký je tvůj názor na kortikoidy nyní?

„Myslím si, že je to určitě významná pomoc v pooperačních stavech... Myslím si, že to je řešení nějakých... Těžko říct, nevyznám se přesně, jaké to má účel, jo. Ty kortikoidy. Ale myslím, že by to nemělo bejt **tak rozšířený**, jako to je. Jednoznačně. Protože se to předepisuje **na všechno**, ty víš jako ty názory, znáš to sama moc dobře. Já to znám taky, prostě předepisuje se to na všechno a **všude, dětem, dospělej**m, je to jedno. Ale to, že jakoby někdo ten syndrom nebo tu závislost na tom získá, nebo nezíská, to už je loterie, no. Podle mýho je to jako nebezpečný hrozně, no. A vlastně nejhorší a nejvíc mi vlastně přijde, a to je vlastně se všema těmahle věcmi, tak nejhorší mi to přijde paradoxně v **nemocnicích**. Což je vlastně... Ty jdeš třeba na operaci úplně s něčím jiným a v momentě, kdy během té operace nebo teda během toho pobytu v té nemocnici **se ti něco stane**, ať už je to psychická věc nebo právě ekzém, tohle, tak většinou dostaneš – nebo bolest – tak **dostaneš návykovou věc**. Buď dostaneš morfium nebo dostaneš benzodiazepiny, nejlépe Neuro, to dostáváš, to ti dávají automaticky, aniž bys měla nějaký diagnózy jakože špatnej stav psychickéj a tak. Prostě „vyspi se, my **nechceme žádný s tebou problémy**, dostaneš Neuro“. To samý s téma bolestma – „nebudeš nás v noci budit, dostaneš morfium“. A to samý s ekzémem – „máš trošku – já,

tady se ti udělal ten – dáme kortikoid.“ A takhle je to – takže to je podle mě ta chyba, ale... No, takže to je můj názor.“

Byls někdy některým kožní lékařem upozorněn, že není vhodné mazat se kortikoidy déle než 14 dní v kuse?

*„Hm, přemýšlím. Určitě někdo takovej byl, neřekl mi 14 dní, řekl mi – ne dlouhodobě. Neřekli mi přesnej termín... (...) to původní, kde to začlo, kdy vlastně jsem z nějakýho **traumatu nebo stresu** jsem prostě měl jakoby jenom malý ekzémy... jakoby, že jo, mezi loktama... Tak v ten moment vlastně, **kdyby mi někdo řekl**, že jako... to není úplně dobrý namazat, když se mi to objeví, tak bych to asi bral víc jako na zřetel, no. Já jsem to vlastně nevěděl, vůbec jsem jako netušil, co to může způsobit, že jo. Věděl jsem, že to je sračka, všichni na to nadávali, ale každej to vlastně má doma... Každěj vlastně v akutní nouzi prostě si to mázne... A bohužel jsou lidi jako já, který prostě... pak jako se jim to rozjede... A pak jsou prostě lidi, který můžou to užívat jako x let, a – a jako nic, no. Ale je v tom taky hrozná **neinformovanost**, no. Protože ono se to sice tváří jako hroznej **strašák**, ale z druhý strany, jak říkám, **každej to má doma** a každej to používá.*

3.7.2.3. Kazuistika číslo 3: Petra

Situace výchozího bodu

Žena, 29 let, s historií užívání lokálních kortikoidů pro atopický ekzém. Užívala Locoid a magistraliter připravenou mast se slabými kortikoidy, ale efekt to nemělo, stav se horšil, proto kortikoidy vysadila (hledala na internetu a okolí jí také říkalo, že to není dobré), již se k nim nevracela a nyní je 2,5 roku bez kortikoidů. Nyní, v době rozhovoru, je klidná, orientovaná v čase i prostoru, spolupracuje.

Anamnestická data

Petře je 29 let. Z běžných dětských nemocí prodělala v 5 letech varicella. Podstoupila konizaci děložního čípku. Udává urogenitální potíže od 12 let (záněty, HPV – kondylomata). Uvědomuje si mírný tinnitus, ale nevybavuje si, kdy začal. Zrak má korigován brýlemi pro myopii a astigmatismus. COVID-19 prodělala a nikdy proti němu nebyla očkována. Atopický ekzém, na který užívala kortikoidy, měla asi od 7 let. V rámci samoléčby odvykacího stavu od kortikoidů užívala 1 měsíc také růstový hormon s. c., ale bez efektu.

Udává mírnou alergii na syrová jablka. Nekouří a alkohol užívá příležitostně. Pije 1 – 2 šálky kávy denně.

V současné době užívá betaglukany, běžná probiotika a vitamíny a DMSO (dimethylsulfoxid).

Žije s přítelem v jeho bytě, pracovala v oblasti služeb a cestovního ruchu, pak ve skladu, nyní je nezaměstnaná.

Má jednoho bratra, který trpí astmatem bronchiale. Matka zemřela v 56 letech na rakovinu kostí a jater, což Petru velice zasáhlo. Otec má stent pro srdeční arytmiie, dědeček st.p. rakovině prostaty, t.č. bez potíží. Babička má křečové žíly, jinak je rodinná anamnéza nevýznamná.

Život s kortikoidy a historie užívání

Petra má ekzém již od dětství, prvním místem výskytu byly **kubity**: „*Já jsem byla takový to typický dítě s ekzémem, kdy mi začly někdy kolem sedmého roku vlastně vždycky v těch „předloktních“ jamkách... No občas naskakovaly mi ložiska pod okem... (...) kde mám takový – taková suchá, hrubá kůže. Sem tam něco málo na krku, dejme tomu. A babička teda jako měla ekzémy, takže asi... Takže to vždycky byla jako prostě... diagnóza – mám ekzém v rodině. Kožařka mi vždycky dala na ruce a na ten krk Locoid, s tím, že si to mám občas jako*

namazat malinkou vrstvičkou, a pod oko mi dávala – ono se to jmenovalo „Oční mast“. Já nevim přesně, co to bylo, byla to taková malá mastička, „Oční mast“ se to jmenovalo. Plus mi předepisovala nějaký jenom mlíko potom na promazávání. No, takhle vlastně já jsem si to vždycky třikrát tím Locoidem namazala, zmizelo to a zase jsem měla na několik měsíců pokoj. “V tomto módu Petra fungovala zhruba do 20 let a dodává, že od 3 let plavala a neměla s kůží žádný „extra problém“.

*Kolem 22. roku se jí začalo dělat malé ložisko pod okem, které mazala a „potom vlastně jednoho dne se mi začly dělat právě takový **fličky** jako červený **na rukách, na krku**... No a... tím, že už jsem jako byla větší, už jsem nad tím začla přemýšlet, tak jsem si začla googlovat a říkala jsem si, že prostě kortikoidy asi nebudou ta cesta. A rozhodla jsem se, že to budu řešit jinak. “*

*Petra nejdříve zkoušela volně prodejné masti, které našla na internetu, ale „vůbec nic to nedělalo, ty **fličky** se mi **začaly rozšiřovat** a poprvý se mi to opravdu začlo dělat na **obličej**, jakože šlo mi to do očí. Najednou mi začly šíleně **rudnout, natekat oči**, což jako byla naprostá zoufalost. Tenkrát mě nějak přítel přemluvil, ať se objednám ještě na kožní, takže jsem se objednala někam jako do velkého střediska, s tím, že měli čas asi až za měsíc a půl. Já mezitím, protože jsem se o ty oči bála, takže jsem zašla k očařce – ta mi řekla, že se mi na to ani dívat nebude, rovnou mě poslala o patro níž ke kožařce. No a ty jsem řekla, že jako... bych nechtěla kortikoidy. Takže musím říct, že ta jako mi vyšla docela vstříc... Zkoušela mi dávat nějaký... Já už popravdě ani nevim, co to bylo, ale ty kortikoidy v tom nebyly. Nicméně to na to vůbec neúčinkovalo a **začlo se to šířit dál**, takže mně to šlo vlastně skoro přes celej **obličej, přes krk, hrudník, břicho, stehna, záda**, začly se mi dělat ty **rudý rukávy** typický, začla jsem hořet úplně, **šíleně hořet**...*

*Doktorka zkusila ještě předepsat slabé kortikoidy, ale nepomohlo to, tak Petra začla ještě více hledat, na sociální síti se přidala do skupiny o atopickém ekzému, kde jí někdo řekl o RSS: „tam jsem nějak zjistila, že by to mohlo bejt ono a začla jsem zkoušet **všechno možný**, všechny ty rady, od čajů přes chlorelly...“ Nepomohlo ale nic: „**ze začátku** prostě těch několik měsíců seš zoufalej, že jo, a ono to bují. Prostě to **můžeš dělat, co chceš, prostě to bují**. Začínáš celej **rudnout, hoříš**... **Hoříš**, do toho **se klepeš**, je ti prostě **zima**, do toho začnou ty první, vlastně – začne... máš **lepkavou** tu **kůži**, začne ti z toho vytekat něco šílenýho – ať děláš, co děláš, nejde to zastavit, prostě to fakt jako bují. Dokud si to jednoho*

dne neřekne, že jako dobrý – a začnu se léčit. No takže takhle to vlastně začalo... (...) já jsem se předtím o tohle popravdě vůbec jako nezajímala, ale furt jsem okolo sebe slyšela takový to „ty bereš kortikoidy, to není dobrý“ – já jsem nikdy nevěděla, proč, já jsem prostě byla takový **to dítě, co je na to zvyklý**. Pro mě to byla **nějaká mastička**, vůbec jsem nevníkala, že v tom může něco bejt...“

Petra neměla dle svých slov „ty ekzémy nijak těžký“, tak na ní nikdo nezkoušel nějak vyloženě experimentovat. V anamnéze má tedy používání Locoidu a již uvedené připravené masti se slabými kortikoidy, která nezabírala. V současné době je bez kortikoidů 2,5 roku a začátky „byly takový, že jako fakt se mi nic nechtělo, nejradši fakt **ležet** na jednom místě, aby se člověk **nehejbal**, protože to **bolelo**. Takže to byla fakt jen **únava, frustrace, deprese, brek a nic**. Jako to bylo fakt **přežívání**, kdy jako máš chuť tak maximálně **skočit z okna a konec**.“ Nyní však pozoruje, že „jak ta kůže mění tu strukturu, jak **mění fáze**, tak vždycky si člověk najde něco, co mu jako zrovna dělá líp, třeba nemazat se, nebo mazat se, koupat se, nekoupat se... Spíš jak už to mám dlouho, tak už jakoby začínám poznávat ty fáze, kdy přichází loupání, dejme tomu, a kdy vim, že teďka mi nebude voda dělat dobře... Kdy jako poznám, kdy třeba ta kůže chce, aby se už konečně trošku promazala, nebo kdy poznám, že jako chce být suchá, že jí to dělá líp... (...) teď se spíš **nemažu**, no... (...) jsou dny, **kdy se ti už nežije špatně**, kdy máš energii, kdy jsou dny, kdy už vypadáš jako člověk, tak máš chuť už zase tak nějak žít, no ale pak cejtím, že se ta kůže zase připravuje na to odlupování, tak zase začneš bejt takovej **unavenej, takovej nijakej, ale už se snažíš**. Fungovat.“

V pozdější komunikaci jsme došly k tomu, že horší ekzém se Petře začal v době, kdy matka již byla velmi nemocná: „Rozhodně mi to začlo až potom, co už to máma měla hodně rozjetý. Bylo to těžký, pro všechny. My v rodině žádnou takovou těžkou nemoc neměli. **Byl to dost šok...** Vztah jsme měly supr. Chtěly jsme spolu cestovat, naši si plánovali chalupu, a místo toho **táta zůstal sám**... (...) třeba doktoři, jak samozřejmě nemohli nic najít, tak to skoro všichni házeli na todle, ale já nevím, no. Kdyby to bylo tím, tak už je to dobrý, i když chápu, že ta kůže byla hodně zničená, a než se celá zregeneruje, že to trvá, než si projde ty svoje **cykly obnovovací**.“

Následujícím krokem bylo dotazování na **kritéria závislosti dle MKN-10** (kritérium **odvykacího stavu** je splněno).

Craving: „*Ne. Protože tím, že i když jsem je nějak naposledy zkusila, tak jsem viděla, že už to nemá efekt, takže ne.*“

Ztráta kontroly: „*No, to je dost možný, protože tím, že už máš vlastně tu mastičku doma a už jakoby víš, no, jak s tím zacházet, v uvozovkách, tak nepůjdeš kvůli malinkýmu ložisku ke kožaři, že jo, prostě si to namažeš.*“

Zvyšování dávky/síly k dosažení účinku: „*Ne.*“

Kortikoidy v popředí zájmů, zanedbávání, rodiny, vztahu, koníčků: „*Nó, vlastně ne, tím, že jsem jako neměla tu touhu se jako namazat jima, tak vlastně ne.*“

Pokračování v užívání i přes škodlivé účinky: „*Nepokračovala, jen jsem pak vlastně ještě zkusila, když mi ta doktorka nechala namíchat tu mast, protože tím, že vlastně tohle není oficiální diagnóza, tak ty prostě nevíš, jestli je to ono, jo, a ty si najdeš něco na internetu, že jo, jenže rok se s tebou nic neděje, rok ti je blbě, tak si říkáš, tak co když jsem kráva, že jo, tady si někdo něco vymyslel, a já si ubližuju, jo, to je těžký.*“

Výsledek: 2/6: Nejsou splněna kritéria pro Syndrom závislosti na kortikoidech, ale je přítomen Odvykací stav od kortikoidů

Doplňující otázky:

Jak probíhalo předepisování kortikoidů? Dostala ses někdy ke kortikoidům bez předpisu?

„*To zcela jednou, ale to tak, že babička vlastně taky měla Locoid, takže takový folklór jako všem dávat Locoid... Já když jsem se vlastně odstěhovala z rodného města sem, tak tím, že jsem nikdy nějak nechodila k doktorům, pro mě nebylo proč, tak já jsem tady ani neměla žádný zařízený... No a většinou se mi nechtělo do rodného města kvůli tomu, abych musela pro nějakou mastičku, tak babička si asi nechala předepsat dvě nebo nevím, že jo, tak těm důchodcům, to dávaj, tak tu jednu mi dala k narozeninám, takže takhle... Ale jako já jsem nikdy nezkoušela shánět jako mimo takhle... ale určitě by to šlo nějak...“*

Jaký je tvůj názor na kortikoidy nyní?

*„Že už bych to v životě nevzala. Po tom **peklu**, který ještě jako neskončilo, i když už se s tím dá nějak fungovat... Vůbec, ani bych po nich nešáhla. Protože ekzémek, třeba ve formách, v jakých jsem ho měla já, vlastně není nic jako oproti tomuhle...“*

Bylas někdy některým kožní lékařem upozorněna, že není vhodné mazat se kortikoidy déle než 14 dní v kuse?

*„Takhle asi vyloženě mi to doktorka nikdy neřekla, ale tak vždycky řekla, že jako neužívat vyloženě dlouhodobě a tam byly vždycky instrukce, že jo, 2x denně, dejme tomu, no, týden... Asi, ale... ale jako je to takový, že když se ti to za měsíc vrátí, tak **ta doktorka ti je stejně dá, jo, ona ti neřekne jako, „no, už to neberte, zkusíme to jinak“**. Nebo rozhodně tenkrát určitě ne.“*

Chceš něco dodat?

*„Musím říct třeba jakoby... co se týká **práce**, tak to si myslím, že ti jako taky dost uškodí, protože zaprvý jako když máš ty stavy, kdy se fakt nemůžeš **hejbat**, protože to prostě **bolí** vlastně, tak to ti práci znemožní. Pakliže nemáš nějakou takovou, že jseš, já nevím, třeba překladatel, co může doma cvakat na počítači, tak jseš docela vyřazená z pracovního procesu. I když i tak si myslím, že i když máš ten home office, tak je to těžký, protože ty se vlastně furt **škrábeš**, furt tě to **bolí**, myslíš na něco úplně jinýho, **chce se ti akorát brečet**, chce se ti strašně **spát**, to je prostě... Fakt se ti chce šíleně spát, radši bys nedělal nic jinýho. A pak je tam stránka **vzhledová**, se kterou teda já mám zkušenost, protože já když jsem se začla fakt obalovat, tak tím, že jsem vždycky pracovala ve službách, tak já jsem zrovna předtím jako odešla z práce, že si chci hledat něco jinýho. A našla jsem si jako místo za pěkný peníze, byla to vlastně soukromá klinika zubařská na recepci a paní, musím říct, že byla strašně milá, jakoby, i bylo docela osvobozující to od ní slyšet, když prostě hledáš tu práci, že na tebe lidi tak jako zvláště koukaj... Když se mě jako zeptala, jako co mi je, protože ještě ono bylo relativně teplo, a já na sobě měla kabát, tak se ptala, proč. Tak jsem jí řekla, že mám prostě takhle problém s tadytím a že to, a ona že jako že ji to mrzí, vlastně že se jí líbí můj životopis, že jsem jí hrozně sympatická, ale že bohužel je to soukromá klinika, že **musíš reprezentovat**... takže to teďka nepůjde. Takže jsem se pak uklidila do skladu... Takže to je třeba ta pracovní stránka... Pak je určitě nějaký **osobní** život, že jako nejen ty, ale tak partner tím trpí, ať už prostě v oblasti nějaký sexuální, prostě nechce se ti, krom toho, že nemáš náladu, tak tě fakt bolí každé dotyk, takže... Ustáli jsme to, no, ale je to takový prostě... Brání ti to v tvejch*

aktivitách, je to vlastně, všechno, co jsem měla ráda, mi to zničilo, protože já chodila po kosmetikách, já plavala, já chodila na masáže – a nic z toho vlastně nemáš. Přítelovi to takhle vlastně taky skáče do plánu, protože na ty masáže rád chodil se mnou, tím pádem to skončilo, rádi cestujem, a upřímně, i jenom krátká cesta, kdy ty musíš přemejšlet, co si vezmeš na sebe, aby nebyla vidět kůže, když se zrovna „kožíš“ (poznámka: nově vytvořené, slangové slovo), aby ti nebylo moc vedro, protože když se zpotíš, tak to bolí, když... No, strašný. Někdy zvládáš sluníčko, někdy nezvládáš sluníčko...

3.7.3. Shrnutí dat z kazuistik

Všechny respondenty spojuje začátek užívání kortikoidů po první manifestaci ekzému na malé ploše v kubitách a k exarcebaci ekzému a nekontrolovanému šíření došlo po traumatickém zážitku a vyšším výskytu stresu v životě. U Adély to byl traumatizující zážitek a strach o život svůj a svých bližních, následně smrt otce a v současné době strach o vývoj zdravotního stavu dcery. U Marka to byl vážný úraz, při kterém jen o vlasek unikl smrti a byl dlouhodoběji upoután na lůžko. U Petry to byla fatální nemoc matky, která byla šokem pro všechny, a starost o otce, který zůstal sám.

Účastníci výzkumu měli společné hledání toho, co se děje, co jim je, a pochybnosti o sobě. U všech se nezávisle na sobě objevilo v popisu tohoto stavu slovo „peklo“. Všichni zkoušeli, co se dalo, včetně diet, a zažívali problémy se spánkem, včetně hypersomnie a extrémní únavy. Odvykáací stav, který bylo nutné prostě přežít, jako začarovaný kruh, který nemůže rozpojit žádné opatření, spojovala rudá, bolavá, velmi svědivá kůže, která hoří, „bují“ a mokvá, nemožnost pohybu, nervové bolesti, olupování kůže, pocení, poruchy termoregulace, psychická labilita od euforie po deprese a úzkosti s touhou zaspát to a nebýt, neexistovat (odpojit se od těla).

Všichni tři rovněž vyjádřili bezmoc (v rozhovorech všichni uvedli, že se tomu musejí smát – smích se zde zjevně uplatňuje jako obranný mechanismus před úzkostí, která z této bezmoci plyne) a rozhořčení jak nad přístupem k pacientovi, tak nad neinformovaností, která pramení z nevědomosti nebo neochoty dostatečně edukovat pacienta (zvláště v případě dětských pacientů). Jako velký problém všichni označili nadužívání a přehnané předepisování kortikoidů na stavy, na které by se dalo použít něco méně nebezpečného, a to zvláště ve velkých zdravotnických zařízeních.

Adéla a Marek také používají terminologii, kterou známe z jiných druhů závislostí (*absták, dojezd, jela jsem, začarovaný kruh, dobrý sluha – zlý pán, zdvojovala jsem to, člověk nežije ničím jiným, mám to jako drogu, začlo mi to lízt na mozek, vysazování, jsem závislej, rozjetá mysl, polarita, bez toho nedám ani den*). U ženy s odvykáacím stavem by se zase počínání babičky, od které občas dostala kortikoidy, dalo považovat za kodependentní.

3.7.4. Naplnění kritérií závislosti v obou nástrojích

Zatímco u dotazníku byla vyjádřena míra naplnění kritérií závislosti dle DSM-5 u příslušného výzkumného souboru procentuálně (78,85 %), data vycházející z kvalitativního průzkum jsou vyjádřena v **Tabulce 6**:

Diagnostická kritéria MKN-10 a syndrom závislosti	Adéla	Marek	Petra
Odvykáací stav	ano	ano	ano
Craving	ano	ano	ne
Ztráta kontroly	ano	ano	ano
Zvyšování dávky/síly k dosažení účinku	ano	ano	ne
Kortikoidy v popředí zájmu, zanedbávání rodiny, vztahu, koníčků	ano	ne	ne
Pokračování v užívání i přes škodlivé účinky	ano	ano	ne
Je možné hovořit o syndromu závislosti na kortikoidech?	ano	ano	ne

U Adély a Marka lze hovořit o syndromu závislosti na kortikoidech.

Ačkoli u Petry naplněna kritéria závislosti pro diagnózu syndromu závislosti na kortikoidech nejsou, je přítomen odvykáací stav od kortikoidů a kritérium ztráty kontroly. Zároveň však Petra hovoří o velkých problémech při hledání zaměstnání (kvůli tomuto stavu ji nevzali na místo, o které stála) a omezeních v osobním životě a koníčcích.

3.8. Diskuze

Ačkoli byl výzkumný soubor pro kvalitativní výzkum malý, z výsledků vyplývá, že se v mnohých popisech určitých stavů a emocí shodují, přestože se navzájem mezi sebou respondenti neznají. I když syndrom závislosti byl diagnostikován jen u dvou z nich a u třetí byl rozpoznán pouze odvykáací stav, všechna vyprávění se v mnoha bodech podobají.

Výzkumný soubor tedy sice mohl být větší, ale jedním z mých úkolů bylo podat zprávu o odvykáacím stavu od kortikoidů a závislosti na nich, jelikož jsem u nás zatím žádnou odbornou publikaci na toto téma nenašla.

Jiný pohled na věc zase přinesl kvantitativní výzkum, který předcházel kazuistikám. Tedy dotazníkové šetření, které poskytlo další náměty k bádání. Bylo zjištěno, že většina kritérií je splněna a u většiny respondentů lze uvažovat o syndromu závislosti na kortikoidech.

Otázky 6 (*Pokračovali jste v užívání kortikoidů i přes výskyt problémů v sociálních vztazích?*) a 8 (*Opakovali jste užívání kortikoidů navzdory vlastnímu ohrožení nebo pokračovali jste v užívání navzdory povědomí o tom, že užívání zhoršuje nebo způsobuje vlastní somatické nebo psychické problémy?*) by však zasloužily bližší prozkoumání.

Obě otázky by se totiž hodily spíše pro kvalitativní studii pro skupinu alespoň 10 respondentů dlouhodoběji užívajících kortikoidy. U otázky 6 by byl vhodný i nestrukturovaný rozhovor s respondenty na toto téma. Otázka 8 by měla být skutečně rozvedena alespoň na část somatickou a psychickou, pokud jde o zjištění orientačního výsledku. Pro přesnější údaje by se nabízel polostrukturovaný rozhovor s několika konkrétními položkami v oblasti psychického a fyzického zdraví, o kterých by se hovořilo a které by respondenti mohli patřičně rozvést. Obě zmiňované otázky by spolu s diagnostickými kritérii dle MKN-10 i DSM-5 mohly být podkladem a předlohou pro studii o kvalitě života pacientů s probíhajícím TSW.

Dále stojí za pozornost důležitý styčný bod, a to spojitost mezi traumatem a závislostí na kortikoidech. O souvislosti traumatu a závislosti je sice již mnoho známo (například Maté, 2019, 2020), ale zde by se mohl uplatňovat i jiný mechanismus, a to adrenální vyčerpání, které se manifestuje kožními projevy, a organismus si rychle navykne na přísun externích kortikoidů. Takový výzkum by bylo možné realizovat formou prospektivní studie na vzorku pacientů, kteří dlouhodoběji užívají kortikoidy.

Výsledky nejen výše zmiňovaných navrhovaných výzkumů by kromě dosavadních kritérií závislosti mohly být jedním ze zdrojů pro stanovení diagnostických kritérií a definic, které jsou kromě komplexního porozumění stavu nutné pro účinnější prevenci a s ní související lepší edukaci. Je zároveň potřeba, aby byly výsledky takových výzkumů pak šířeny v rámci osvěty jak mezi odbornou veřejnost, tak pacienty (Howells a kol., 2023).

3.9. Závěr

V této práci jsem si vytyčila jako cíl zjistit, zda některé obtíže a projevy pacientů dlouhodobě léčených zevní aplikací kortikoidů mohou být definovány podobně jako syndrom závislosti, což se potvrdilo. Zároveň jsem chtěla přinést informace o odvykacím stavu od kortikoidů, závislosti na nich a způsobech jeho léčby. Všechny cíle tato práce splnila, kromě toho přinesla odpovědi i na výzkumné otázky, které jsem si kladla:

VO1. Jaké obtíže a projevy pacientů vyhovují kritériím syndromu závislosti?

Dominuje zvláště odvykací stav, ztráta kontroly užívání, zvyšování tolerance (síly, potence a/nebo frekvence) a craving. V případě silně rozvinuté závislosti pacienti do popředí zájmu mohou stavět kortikoidy a zanedbávat rodinu, vztahy i koníčky a pokračovat v užívání i přes škodlivé účinky, i když výsledky dotazníkového šetření v těchto dvou otázkách nehovoří jednoznačně.

VO2. Je možné hovořit o odvykacím stavu při vynechání či vysazení zevní aplikace kortikoidů?

Odvykací stav od kortikoidů je pouze potenciální komplikace vysazení terapie kortikoidy, jež vzniká na základě tachyfylaxe a rebound fenoménu: Uvádí se, že riziko rozvinutí odvykacího stavu je asi 12 %, a to zvláště u osob, které byly léčeny kortikoidy po nepřiměřený časový úsek, frekvenci či lokaci terapie. Větší riziko vzniku odvykacího stavu mají ženy a pacienti, kteří kortikoidy aplikují na obličej a do třísel, a samozřejmě pacienti, jež jejich lékař patřičně needukoval. Účastníci kazuistik sice všichni nesplňovali kritéria pro diagnózu syndromu závislosti, všichni však prožívali odvykací stav, který také podobně popisovali.

VO3. V případě prokázané závislosti se jedná spíše o závislost látkovou, nebo nelátkovou?

I když není vyloučeno, aby se u některých jedinců vyvinula závislost nelátková, procesuální, spočívající v aplikaci krému, primárně jde u kortikoidů o závislost *látkovou*. Jde o zevní aplikaci syntetických analog kortikosteroidů, které při dlouhodobém podávání mohou způsobit supresi hypotalamo-hypofyzárně-adrenální osy, a negativně tak ovlivnit funkci nadledvinek (adrenální suprese). V tom případě se člověk může stát skutečně závislý na *aplikaci kortikoidů* a může velmi dlouho trvat, než se všechny funkce zcela obnoví (měsíce až roky).

To nejdůležitější na konec: Podle nové mezinárodní klasifikace nemocí, ICD-11, která ještě není zcela přeložena do češtiny, by mělo být možné diagnózu Syndromu závislosti na kortikoidech a Odvykacího stavu na kortikoidech stanovit, a to mezi *Disorders due to use of other specific psychoactive substances, including medications* (6C4E).

Pro Syndrom závislosti na kortikoidech lze podle ICD-11 uplatnit kód „**6C4E.2 – Other Specified Psychoactive Substance Dependence**“ a pro Odvykací stav od kortikoidů kód „**6C4E.4 – Other Specified Psychoactive Substance Withdrawal**“ (WHO, 2023).

Závislost na kortikoidech a odvykací stav, který je s ní spojený, je vysilující, děsivý a často i život ohrožující stav, který dokáže obrátit život vzhůru nohama a uvěznit člověka v jeho vlastním těle i na několik let. Nezbývá než doufat, že se bude realizovat v této oblasti více výzkumů, které napomohou v prevenci, a že se bude o tématu závislosti na kortikoidech a odvykacího stavu od kortikoidů více hovořit, aby se pravidla pro bezpečné používání kortikoidů dostala do obecného povědomí.

4. POUŽITÁ LITERATURA

1. 1. lékařská fakulta a Univerzita Karlova. WikiSkripta. *Původci infekce kůže a měkkých tkání*. [website]. 2022. Dostupné z https://www.wikiskripta.eu/w/P%C5%AFvodci_infek%C3%AD_k%C5%AF%C5%BE_e_a_m%C4%9Bkk%C3%BDch_tk%C3%A1n%C3%AD
2. 1. lékařská fakulta a Univerzita Karlova. WikiSkripta. *Glukokortikoidy*. [website]. 2023. Dostupné z <https://www.wikiskripta.eu/w/Glukokortikoidy>
3. American Academy of Dermatology Association. (2023). *Patient Advocate Resources*. [website]. Dostupné z <https://www.aad.org/member/advocacy/patient-advocates>
4. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. DSM-5*. American Psychiatric Association Publishing.
5. Arnold, K. A., Treister, A. D., & Lio, P. A. (2018). Dupilumab in the management of topical corticosteroid withdrawal in atopic dermatitis: A retrospective case series. *JAAD case reports*, 4(9), 860–862. <https://doi.org/10.1016/j.jdcr.2018.06.012>
6. Banos, B. (2019, 22. března). *Preventable: Protecting Our Largest Organ – Document*. [videosoubor]. Dostupné z <https://preventabledoc.com/>
7. DermNet. *Prophylactic treatment for dermatology patients on a systemic corticosteroid*. [website]. (n.d.). Dostupné z <https://dermnetnz.org/topics/prophylaxis-systemic-steroid>
8. DermNet. *Systemic corticosteroid*. [website]. (n.d.). Dostupné z <https://dermnetnz.org/topics/systemic-steroids>
9. *Dupixent, INN-dupilumabum. Souhrn údajů o přípravku*. [website]. (n.d.). Dostupné z https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/dupixent-epar-product-information_cs.pdf
10. Elias, P. M. (2009). An Appropriate Response to the Black-Box Warning: Corrective, Barrier Repair Therapy in Atopic Dermatitis. *Clinical medicine. Dermatology*, 2, 1–3. Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2749313/>
11. Erben, K. *Homocystein a kůže člověka – projevy stárnutí, celulitida*. [website]. (n.d.) Dostupné z <http://www.karelerben.cz/homocystein-a-kuze-starnuti-celulitida>

12. Fukaya, M., Sato, K., Sato, M., Kimata, H., Fujisawa, S., Dozono, H., Yoshizawa, J., & Minaguchi, S. (2014). Topical steroid addiction in atopic dermatitis. *Drug, healthcare and patient safety*, 6, 131–138. Dostupné z <https://doi.org/10.2147/dhps.s6920>
13. Glyne, J. (1998). The discovery and early use of cortisone. *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol.91, 513-517.
14. Hajar, T., Leshem, Y. A., Hanifin, J. M., Nedorost, S. T., Lio, P. A., Paller, A. S., Block, J., Simpson, E. L., & (the National Eczema Association Task Force) (2015). A systematic review of topical corticosteroid withdrawal ("steroid addiction") in patients with atopic dermatitis and other dermatoses. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 72(3), 541–549. Dostupné z <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2014.11.024>
15. Hampl, V. Ústav fyziologie Univerzity Karlovy, 2. lékařské fakulty. *Úvod do fyziologie žláz s vnitřní sekrecí*. [website]. (n.d.). Dostupné z <http://physiology.lf2.cuni.cz/teaching/hormony/index.htm>
16. Howells, L., Broome, H., Burleigh, A., Hammond, H., Ismail, F., Proctor, A., Roberts, A., Thomas, K., & Leighton, P. (2023). Topical corticosteroid withdrawal syndrome: the patient community call for high-quality research, clear definitions and diagnostic criteria. *British Journal of Dermatology*, 188(2), 288-289. Dostupné z <https://doi.org/10.1093/bjd/ljac067>
17. Hynie, S. (1998): *Speciální farmakologie. Díl druhý*. Karolinum
18. Ibrahim, O., Hogan, S. R., Vij, A., & Fernandez, A. P. (2017). Low-Dose Naltrexone Treatment of Familial Benign Pemphigus (Hailey-Hailey Disease). *JAMA dermatology*, 153(10), 1015–1017. Dostupné z <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2017.2445>
19. Idriss, S. (2022, 6. prosince). *Topical Steroid Withdrawal*. [videosoubor]. Dostupné z <https://youtu.be/UODgIZZZWVg>
20. *International Topical Steroid Awareness Network. What is TSW Syndrome?* [website]. (n.d.). Dostupné z <https://www.itsan.org/what-is-tsw-syndrome/>
21. Isaksson, M., & Bruze, M. (2005). Contact Allergen of the Year. *Dermatitis*, 16(1), 3-5. Dostupné z <https://www.medscape.com/viewarticle/505245>
22. ITSAN. (2022). *List of TSW Supportive Doctors and Practitioners*. [website]. Dostupné z <https://www.itsan.org/wp-content/uploads/2022/02/List-of-TSW-Supportive-Doctors-and-Practitioners4.pdf>

23. ITSAN. (2023). *Topical Steroid Withdrawal Syndrome Awareness Fact Sheet*. [website]. Dostupné z <https://www.itsan.org/wp-content/uploads/2023/02/TSW-Awareness-Fact-Sheet.docx.pdf>
24. Kalina, K., a kolektiv (2015). *Klinická adiktologie*. GRADA Publishing
25. Kligman, A., & Frosch, P. (1979). Steroid Addiction. *International Journal of Dermatology*, 18(2), 23-31. Dostupné z <https://doi.org/10.1111/j.1365-4362.1979.tb01905.x>
26. Kolouch, D., & Goetz, M. (2018). Psychiatrické komplikace při léčbě kortikoidy. *Česká a slovenská psychiatrie*, 114(3), 117-124. Dostupné z <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1210>
27. Kouřilová, Z. (2016). *Negativní účinky léčiv na bázi kortikoidů* [Bakalářská práce, Masarykova univerzita]. Archiv závěrečných prací MUNI. Dostupné z https://is.muni.cz/th/vlba2/NEGATIVNI_UCINKY_LECIV_NA_BAZI_KORTIKOIDU-Zuzana_Kourilova.pdf
28. Lakryc, E. M., Machado, R. B., Soares, J. M., Jr, Fernandes, C. E., 3rd, & Baracat, E. C. (2015). What is the influence of hormone therapy on homocysteine and crp levels in postmenopausal women?. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*, 70(2), 107–113. Dostupné z [https://doi.org/10.6061/clinics/2015\(02\)07](https://doi.org/10.6061/clinics/2015(02)07)
29. LDN Research Trust. *Topical Steroid Withdrawal*. [website]. (n.d.). Dostupné z <https://ldnresearchtrust.org/topical-steroid-withdrawal-tsw>
30. Lee, B., & Elston, D. M. (2019). The uses of naltrexone in dermatologic conditions. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 80(6), 1746–1752. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.12.031>
31. Lin, T., Wei, K., Wu, C., Lai, F., Lan, C., Chang, C., Peng, A., Tsai, J., & Sheu, H. (2015). Barrier abnormalities and keratinocyte-derived cytokine cascade after cessation of long-term topical glucocorticosteroid on hairless mouse skin. *Dermatologica Sinica*, 33(2), 103-111. Dostupné z <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S102781171500052X>
32. Lio, P. A. (2015). The Challenges of Topical Steroid Withdrawal. *Practical Dermatology, Body of Work*, 41-42. Dostupné z <https://practicaldermatology.com/articles/2015-sep/the-challenges-of-topical-steroid-withdrawalogy>
33. Lio, P., & Chandan, N. (2019). Topical Steroid Withdrawal in Atopic Dermatitis. *Practical Dermatology. Skin Diseases in Kids*, 36-42. Dostupné z

- <https://practicaldermatology.com/articles/2019-aug/topical-steroid-withdrawal-in-atopic-dermatitis>
34. Maté, G. (2019). *Když tělo řekne NE: Jak stres souvisí s nemocemi*. PeopleComm
35. Maté, G. (2020). *V říši hladových duchů: Blízká setkání se závislostí*. PeopleComm
36. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2014, 21. října). *Stanovení nebezpečného výrobku – BLUE CAP krém*. [website]. Dostupné z https://www.mzcr.cz/nebezpecne_vyrobky/stanoveni-nebezpecneho-vyrobku-blue-cap-krem/
37. Moosová, H. (2019). *Závislost na kortikoidech*. [website]. Dostupné z <http://www.moosova-kozni.cz/blog/z%C3%A1vislost-na-kortikoidech>
38. National Eczema Society. (2023). *Topical Steroid Withdrawal (TSW)*. [website]. Dostupné z <https://eczema.org/information-and-advice/topical-steroid-withdrawal-tsw/>
39. National Psoriasis Foundation. (2000, 29. března). *Skin-Cap Pulled from Canadian Market for Second Time*. [website]. Dostupné z <https://www.newswise.com/articles/skin-cap-pulled-from-canadian-market-again>
40. Nedbalová, E. (2015, 27. března). *Eczema Healing – Be Cautious With Steroids*. [videosoubor]. Dostupné z <https://youtu.be/t2SEuMiH4Qw>
41. Nevoralová, Z. (2010). Dermatovenerologická léčba v těhotenství. *Dermatologie pro praxi*, 4(4), 208-214. Dostupné z <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2010/04/07.pdf>
42. *Olumiant, INN-baricitinib. Souhrn údajů o přípravku*. [website]. (n.d.). Dostupné z https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/olumiant-epar-product-information_cs.pdf
43. PCH Films. (2022, 25. ledna). *Skin on Fire*. [videosoubor]. Dostupné z <https://youtu.be/GuaBbsL1qKA>
44. Portella, D. (2022, 8. března). *What is Topical Steroid Withdrawal? Conversation with Marvin Rapaport MD*. [videosoubor]. Dostupné z <https://youtu.be/eZwNNnbja8E>
45. Příbalové letáky.cz. (2023). *Ciclosporin Mylan 50 mg – příbalový leták*. [website]. Dostupné z <https://pribalove-letaky.cz/ciclosporin-mylan-50-mg>
46. Příbalový leták. (2015). *Azathioprin Medac 25 mg Potahované Tablety*. [website]. Dostupné z <https://pribalovy-letak.info/azathioprin-medac-25-mg-potahovane-tablety>
47. Rapaport, M. J. *Understanding Red Skin Syndrome*. [website]. (n.d.). Dostupné z <http://www.facebook.com/UnderstandingRedSkinSyndrome/>

48. Rapaport, M. J., & Rapaport, V. H. (2004). Serum nitric oxide levels in "red" patients: separating corticosteroid-addicted patients from those with chronic eczema. *Archives of dermatology*, 140(8), 1013–1014. Dostupné z <https://doi.org/10.1001/archderm.140.8.1013>
49. Rapaport, M. J., & Rapaport, V. H. (2006). The Red Skin Syndromes: Corticosteroid Addiction and Withdrawal. *Expert Review of Dermatology*, 1(4), 547-561. Dostupné z <https://doi.org/10.1586/17469872.1.4.547>
50. Robertson, B. (1993). Corticosteroids and Surfactant for Prevention of Neonatal RDS. *Annals of Medicine*, 25(3), 285-288. Dostupné z <https://doi.org/10.3109/07853899309147876>
51. Sato, K. *TSW & NMT community*. [website]. (n.d.). Dostupné z <https://apcom2021.wixsite.com/bbs-eng>
52. Sato, K. (2023). [website]. Dostupné z www.atopic.info
53. Sheary, B. (2016). Topical corticosteroid addiction and withdrawal - An overview for GPs. *Australian family physician*, 45(6), 386–388. Dostupné z <https://www.racgp.org.au/afp/2016/june/topical-corticosteroid-addiction-and-withdrawal-%E2%80%93-an-overview-for-gps/>
54. Sheary, B. (2018). Steroid Withdrawal Effects Following Long-term Topical Corticosteroid Use. *Dermatitis: contact, atopic, occupational, drug*, 29(4), 213–218. Dostupné z <https://doi.org/10.1097/DER.0000000000000387>
55. Sheary, B. (2019). Topical Steroid Withdrawal: A Case Series of 10 Children. *Acta dermato-venereologica*, 99(6), 551–556. Dostupné z <https://doi.org/10.2340/00015555-3144>
56. Shepard, T. H., Brent, R. L., Friedman, J. M., Jones, K. L., Miller, R. K., Moore, C. A., & Polifka, J. E. (2002). Update on new developments in the study of human teratogens. *Teratology*, 65(4), 153–161. Dostupné z <https://doi.org/10.1002/tera.10032>
57. Singapore Government Agency: Health Sciences Authority. (2022). *Topical corticosteroids and risk of topical steroid withdrawal*. [website]. Dostupné z <https://www.hsa.gov.sg/announcements/safety-alert/topical-corticosteroids-and-risk-of-topical-steroid-withdrawal>
58. Skin Solace Aesthetic Clinic. (2020). *Aesthetic Skin Rejuvenation Clinic*. [website]. Dostupné z www.skinsolaceclinic.co.uk
59. Stone, T., & Darlington, G.(2003). *Léky, drogy, jedy*. Academia
60. Strauss, A., & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Albert.

61. Swinburn, C. R., Wakefield, J. M., Newman, S. P., & Jones, P. W. (1988). Evidence of prednisolone induced mood change ('steroid euphoria') in patients with chronic obstructive airways disease. *British journal of clinical pharmacology*, 26(6), 709–713. Dostupné z <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.1988.tb05309.x>
62. Tan, S. Y., Chandran, N. S., & Choi, E.C. (2021). Steroid Phobia: Is There a Basis? A Review of Topical Steroid Safety, Addiction and Withdrawal. *Clinical Drug Investigation*, 41, 835-842. Dostupné z <https://doi.org/10.1007/s40261-021-01072-z>
63. Trojan, S., a kol. (2003). *Lékařská fyziologie*. Grada.
64. van Zuuren, E. J., Fedorowicz, Z., Christensen, R., Lavrijsen, A., & Arents, B. W. M. (2017). Emollients and moisturisers for eczema. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2(2), CD012119. Dostupné z <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012119.pub2>
65. Vergara, J. (2022). *TSW Assist. No Moisture Treatment for Topical Steroid Withdrawal*. [website]. Dostupné z <https://tswassist.com/solutions/no-moisture-treatment/>
66. Viktorinová, M. (2006). Přehled lokálních kortikosteroidů v dermatologii 1. Možnosti léčby kožních chorob kortikosteroidními externy. *Klinická farmakologie a farmacie*, 20, 202-210. Dostupné z <https://www.solen.cz/pdfs/far/2006/04/06.pdf>
67. Viktorinová, M. (2007). Přehled lokálních kortikosteroidů v dermatologii 2. Rozdělení lokálních kortikosteroidů registrovaných v ČR podle terapeutické účinnosti. *Klinická farmakologie a farmacie*, 21, 36-41. Dostupné z <https://www.klinikafarmakologie.cz/pdfs/far/2007/01/08.pdf>
68. Ward, C. (2017). *Curing my Incurable Eczema*. Independently Published.
69. Ward, C. *International Topical Steroid Awareness Network: Let's Talk about Protopic (Tacrolimus)*. [website]. (n.d.). Dostupné z <https://www.itsan.org/2022/03/25/lets-talk-about-protopic-tacrolimus/>
70. World Health Organization. (2018). *Mezinárodní klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté revize, MKN-10*. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
71. World Health Organization. (2023). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, Version 01/2023*. [website]. Dostupné z <https://icd.who.int/browse11/1-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f136511187>
72. Zíková, V. *Díl 7. Léčba atopického ekzému kortikoidy a imunomodulancii*. [website]. (n.d.). Dostupné z <https://verazikova.cz/kortikoidy/>

5. PŘÍLOHY

5.1. Seznam příloh

Dotazník „Kortikoidy“

Osnova polostrukturovaného rozhovoru

Anamnéza č.1

Anamnéza č.2

Anamnéza č.3

Příloha 1

Dotazník „Kortikoidy“

1. Máte nebo měli jste naléhavou potřebu a nutkání k použití kortikoidů?
2. Strávili jste více času, než jste chtěli, získáváním, užíváním nebo zotavováním se z účinků kortikoidů?
3. Užívali jste kortikoidy delší dobu, než jste zamýšleli?
4. Přáli jste si někdy neúspěšně omezit nebo přerušit užívání kortikoidů?
5. Nezvládali jste někdy pracovní, domácí nebo školní činnosti v důsledku užívání kortikoidů?
6. Pokračovali jste v užívání kortikoidů i přes výskyt problémů v sociálních vztazích?
7. Opustili jste nějaké pro Vás důležité sociální, pracovní nebo rekreační činnosti v důsledku používání kortikoidů?
8. Opakovali jste užívání kortikoidů navzdory vlastnímu ohrožení nebo pokračovali jste v užívání navzdory povědomí o tom, že užívání zhoršuje nebo způsobuje vlastní somatické nebo psychické problémy?
9. Měli jste potřebu zvyšovat dávku pro dosažení žádoucího účinku?
10. Rozvinuly se u Vás odvykací příznaky, které bylo možné zmírnit jen použitím další dávky kortikoidů?

Poznámka: Bylo možné odpovědět ANO, NE, NEVÍM.

Příloha 2

Osnova polostrukturovaného rozhovoru pro kazuistiku

Vyprávějte svůj příběh – kdy jste poprvé dostali kortikoidy, v jaké formě (masti, roztoky, šampóny atd.)?

Také v jiné formě, než je lokální (orální, injekční, inhalační atd.)?

Dostali jste kortikoidy vždy, když jste si o ně řekli sami? Dostali jste se k nim i bez předpisu?

Proč jste se rozhodli přestat s kortikoidy?

Mezi diagnostická kritéria závislosti kromě odvykacího stavu patří tyto – můžete mi říci, zda se u Vás objevilo?

- 1) Craving – bažení, touha po tom, že se namažu kortikoidy (ano/ne)
- 2) Ztratili jste kontrolu nad tím, kolik jste toho použili nebo že častěji, než jste zamýšleli? (ano/ne)
- 3) Museli jste zvyšovat dávku nebo potenci kortikoidů, abyste dosáhli požadovaného účinku? (ano/ne)
- 4) Dostala se u Vás do popředí touha opatřit si kortikoidy nebo mít jich stále dost, zanedbávali jste kvůli nim rodinu, práci, vztah, koníčky? (ano/ne)
- 5) Pokračovali jste v užívání, i když se objevily škodlivé účinky? (ano/ne)

Jaký je Váš názor na kortikoidy nyní?

Příloha 3

Anamnéza č. 1: ADÉLA

NO:

Žena, 38 let, nyní výsev HSV1 na obličeji

OA:

- BDN: varicella (1989), příušnice (2016)
- Úrazy: 0
- Chirurgické výkony: chirurgické rozšíření uretry (2006), konizace děložního čípku (2012), poporodní revize dělohy (2019)
- KV: nízký tlak
- GIT: v těhotenství obtíže se žlučníkem
- Urogenitální potíže: dilatace uretry a od r. 2001 infekce – chlamydie
- CNS: migrény od užívání HA Stodette – r. 2020
- COVID-19: září 2020, vakcína COMIRNATY: červen a červenec 2021
- Kortikoidová externa – atopický ekzém od dětství, těžký atopický ekzém v dospělosti
-

RA:

Matka – žije, atopický ekzém, hypertenze

Otec – epilepsie, plicní embolie † 2013

Dědeček – rakovina střev, krvácení do mozku † 2007

Bratr – rozvoj schizofrenie v rámci PTSD po smrti dědečka r. 2007

Babička – DM 2. typu, alergie na jód

AA:

PNC, tetracykliny, Biseptol, Detralex, AD – Sertralin, Ciprox – erytém

CAVE! ořechy – anafylaktický šok

TA: do 30 let kouřila 20 cigaret denně, alkohol kdysi více, nyní příležitostně, káva 0

FA: Dupixent 300 mg s.c. – 1x/14 dní, HA Stodette, Zodac 1-0-0 či dle potřeby + adrenalinové pero u sebe

GA: menarché – 16 let, ze začátku problém s ovulací a pravidelností, 1 těhotenství vyvolávané a zakončené vaxem, v současné době užívá HA (Stodette) – kvůli stavu kůže

SA:

Žije s manželem a dcerou v pronájmu v bytě.

PA:

Celý život pracuje v administrativě – referentka, nyní nastoupila po RD do práce. Má ID 1. stupně.

Objektivně:

Eupnoe, orientována, hmotnost 65 kg, výška 171 cm

Příloha 4

Anamnéza č. 2: MAREK

NO:

Muž, 30 let, v současné době atopický ekzém a úzkostně depresivní syndrom

OA:

- BDN: 0
- Úrazy: 6/2016 pád ze srázu – nešťastná událost (bez NL), asi 15-18 metrů: zlomený nos, prasklá očnice i lebka, čelní kost, spánková kost, přetrhané vazy na obou kotnících, oteklá mícha a mrtvice (ztráta zraku a hybnosti)
- Chirurgické výkony: operace křížových vazů (2011), operační odstranění hemoroidů (2021)
- KV: nízký tlak
- GIT: hemoroidy (v době užívání kortikoidů) – řešeno chirurgicky
- Urogenitální potíže: HPV
- CNS: Postkomoční syndrom
- COVID-19: listopad 2020, vakcína – 2 dávky v roce 2021
- Kortikoidová externa – atopický ekzém po úraze v r. 2016

RA:

Matka – úzkostná porucha

Otec – úzkostná porucha

Babička – bratr babičky rakovina plic, jinak RA nevýznamná

AA: alergie na plísň, pyl

TA: alkohol: od roku 2015 - 0, předtím více (nyní velmi nízká tolerance), káva 4 šálky denně, tabák - 20 cigaret za den, v roce 2015 krátkodobá zkušenost – pervitin (měsíc), marihuana (rok), MDMA, extáze

FA: Venlafaxin 300 mg – 1-0-0 (v historii Miraclide, Cipralex, Elicea), nyní občas kolostrum, omega-3, zinek, B3, běžný multivitamin

SA:

Žije s přítelkyní v pronájmu v bytě.

PA:

Pracuje jako obchodní konzultant, administrativa. Má ID 1. stupně.

Objektivně:

Eupnoe, orientován, hmotnost 95 kg, výška 192 cm

Příloha 5

Anamnéza č. 3: PETRA

NO:

Žena, 29 let, nyní atopický ekzém, konjunktivitida

OA:

- BDN: varicella – prodělala v dětství v 5 letech
- Úrazy: 0
- Chirurgické výkony: konizace děložního čípku (2020)
- KV: 0
- GIT: 0
- Urogenitální potíže: od 12 let záněty vaginální, HPV - kondylomata
- CNS: tinnitus mírný, nevybavuje si, kdy začal
- Smyslové poruchy: myopie a astigmatismus, korigováno brýlemi
- COVID-19: konec roku 2021, neočkována
- Kortikoidová externa – atopický ekzém od 7 let, nyní neužívá již 2,5 roku
- V rámci samoléčby odvykacího stavu od kortikoidů také užívala 1 měsíc růstový hormon (1x denně 0,4 mg s.c., bez efektu)

RA:

Matka – † v 56 letech – rakovina kostí, jater

Otec – pro srdeční arytmiie má stent

Bratr – astma bronchiale

Dědeček z matčiny strany – rakoviny prostaty, nyní bez potíží

Babička – křečové žíly

AA:

Mírná – syrová jablka

TA:

nekouří, alkohol příležitostně, káva 1 – 2 šálky denně

FA:

betaglukany, běžná probiotika, vitamíny, kolagen, DMSO (dimethylsulfoxid)

GA:

menarché – 15 let, těhotenství 0

SA:

Žije s přítelem v jeho bytě.

PA:

Pracovala v oblasti služeb a cestovního ruchu, nyní nezaměstnaná.

Objektivně:

Eupnoe, orientována, hmotnost 60 kg, výška 163 cm